



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Evolução Clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Confirmação Diagnóstica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Clínica e da Saúde -

por

Ana Margarida Sá Caetano

sob orientação de

Doutora Bárbara César Machado

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, setembro de 2013

Agradecimentos

A realização desta dissertação não poderia ser possível sem o contributo de algumas pessoas, pelo que passo a agradecer-lhes:

À professora Bárbara César Machado, por me ter acompanhado neste percurso desafiante. Obrigada pela paciência, compreensão e disponibilidade, mas também pelo rigor que estimulou na realização desta tese.

Aos meus pais por terem tornado a realização desta tese possível;

À Mónica Soares pelas palavras “sábias” nos momentos de *burnout*, por todo o apoio e por me mostrar que escrever uma tese pode ser um processo divertido. Sem ti, não tinha chegado ao fim!

À Cristina Pinto pelo companheirismo ao longo deste percurso de cinco anos e pelos conselhos, e por todos os momentos em que fizeste “magia”;

À Ana Gonçalves por ser uma ‘pseudo *british*’ (o sotaque tem que ser treinado), por partilhar a boa disposição e a espontaneidade e pelos os momentos de divertimento ao longo destes cinco anos;

À Patrícia Soares, por ser uma leitora assídua dos meus trabalhos académicos;

À Lúcia Pereira, por me ter que “aturado” e pelas refeições vegetarianas únicas;

Por último, a todos os participantes que possibilitam a realização da presente dissertação.

TÍTULO

Evolução Clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Confirmação Diagnóstica

RESUMO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são perturbações mentais graves que afetam essencialmente adolescentes e jovens adultos do sexo feminino, com impacto ao nível da saúde física e mental (Fairburn & Harrison, 2003). Segundo as investigações atuais, estas podem apresentar um curso e uma evolução variável, com grupos de pacientes atingirem a recuperação total, ou apresentar alguns sintomas residuais, ou evoluindo para curso crónico (Wonderlich *et al*, 2012). Não sendo particularmente claro o que distingue um curso de recuperação de um curso de não recuperação (Couturier & Lock, 2006a; 2006b; Noordenbos, 2011; Carr, 2006), a presente dissertação visou compreender quais as principais características sintomatológicas, presentes num grupo de pacientes recuperadas e não recuperadas, que durante o período de 2001 a 2009 foram diagnosticadas com algum tipo de PCA. Os resultados mostram que o IMC, episódios bulímicos objetivos, preocupação com a forma, autoavaliação negativa e composição corporal são particularmente importantes na diferenciação de um curso de recuperação e não-recuperação. Para as restantes variáveis, apesar de existirem diferenças entre pacientes avaliadas como recuperadas e não-recuperadas, a verdade é que estas diferenças tendem a não ser estatisticamente significativas, na maioria das variáveis comportamentais e psicológicas avaliadas. Os resultados são discutidos à luz da complexidade do conceito de recuperação e da necessidade flexibilizar e individualizar a análise e intervenção em PCA.

PALAVRAS-CHAVE

Perturbações do Comportamento Alimentar; Curso e Evolução; Recuperação; Cronicidade.

TITLE

Clinical Evolution and Recovery in Eating Disorders: Diagnostic Confirmation

ABSTRACT

The Eating Disorders (ED) are serious disorders that affect mainly adolescents and young adults, with impact on the physical and mental health (Fairburn & Harrison, 2003). According to current research, these may present a variable course and outcome, with a group of female patients that achieved full recovery, or present some residual symptoms, or developing into chronic course (Wonderlich *et al*, 2012). Not being particularly clear what distinguishes a course of recovery from a non-recovery (Couturier & Lock, 2006a, 2006b; Noordenbos, 2011; Carr, 2006), this thesis aimed to understand what are the main features symptomatology, present in a group of patients recovered and not recovered, that during the period of 2001 to 2009 were diagnosed with some type of ED. The results showed that the BMI, bulimic episodes, concern with form, negative self-assessment and body composition are particularly important in differentiating a course of recovery and non-recovery. For the remaining variables, although there are differences between patients assessed as recovered and non-recovered, the truth is that these differences tend to be not statistically significant. The results are discussed in light of the complexity of the concept of recovery and the need flexible and individualized analysis and intervention in PCA.

KEY-WORDS

Eating Disorders; course and outcome; recovery; chronicity.

Índice de Conteúdos

Agradecimentos	i
Índice de Conteúdos	iv
Índice de Quadros	vi
Introdução	1
Parte 1. Enquadramento Teórico	3
1. Caraterização Clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	4
1.1. <i>Dados Epidemiológicos das PCA</i>	4
1.2. <i>Classificação e Critérios de Diagnóstico das PCA: O Manual DSM-IV-TR</i>	6
1.2.1. <i>Anorexia Nervosa</i>	6
1.2.2. <i>Bulimia Nervosa</i>	8
1.2.3. <i>Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação</i>	9
1.3. <i>Modelo Transdiagnóstico das PCA: Caraterísticas Integradoras</i>	11
1.3.1. <i>Preocupação Mórbida em relação ao Peso e à Forma Corporal</i>	12
1.3.2. <i>Restrição Alimentar</i>	13
1.3.3. <i>Prática de Exercício Físico</i>	13
1.3.4. <i>Ingestão Alimentar Compulsiva (IAC)</i>	14
1.3.5. <i>Métodos Purgativos</i>	14
1.4. <i>Etiologia das PCA</i>	15
1.5. <i>Comorbilidade</i>	16
1.6. <i>Consequências Físicas e Psicossociais das PCA</i>	18
2. <i>Evolução e Recuperação Sintomatológica das PCA</i>	21
2.1. <i>Definição de Recuperação nas PCA</i>	21
2.1.1. <i>Perspetiva Diagnóstica</i>	21
2.1.2. <i>Perspetiva do Modelo Transdiagnóstico</i>	22
2.1.3. <i>Perspetiva das Pacientes</i>	23
2.2. <i>Evolução e Curso de Recuperação</i>	23
2.3. <i>Recidivas Clínicas</i>	25
2.4. <i>Evolução e Curso de Não-Recuperação</i>	26

Parte 2. Estudo Empírico	28
3. Objetivos	29
4. Participantes.....	29
5. Instrumentos.....	30
6. Procedimentos	31
6.1. <i>Recolha de Dados</i>	31
6.2. <i>Tratamento de Dados</i>	32
7. Resultados	33
7.1. <i>Dados Sociodemográficos</i>	33
7.2. <i>Itens de Diagnóstico da EDE</i>	34
7.3. <i>Subescalas da EDE: Restrição Alimentar, Preocupação com o Peso, Preocupação com a Forma e Preocupação com a Alimentação</i>	37
7.4. <i>Outras Caraterísticas Clínicas</i>	38
8. Discussão.....	41
8.1. <i>Evolução Sintomatológica: Caraterísticas Diferenciadoras de Recuperação e Não Recuperação</i>	41
8.2. <i>Evolução Sintomatológica: Caraterísticas Transversais ao Cursos de Recuperação e Não Recuperação</i>	43
8.3. <i>Contributos para a Definição da Cronicidade</i>	44
Conclusão	46
Referências Bibliográficas	47

Índice de Quadros

Quadro 1. Caraterização Sociodemográfica dos Dois Grupos de Participantes (Recuperadas vs. Não Recuperadas)	33
Quadro 2. Caraterização dos Grupos Amostras (Recuperadas vs. Não Recuperadas) em termos dos diferentes itens de diagnóstico da EDE	34
Quadro 3. Impacto do Curso de Evolução da Perturbação (Recuperadas vs. Não Recuperadas) a nível da Restrição Alimentar, Preocupação com o Peso, Preocupação com a Forma e com a Alimentação	37
Quadro 4. Impacto do Curso de Evolução da Perturbação (Recuperadas vs. Não Recuperadas) a nível das Outras Caraterísticas Clínicas Relevantes da EDE.....	38

Introdução

O início do estudo das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) remete-nos para várias décadas atrás, apesar de só a partir da segunda metade do século XX, se terem desenhado as principais nosologias. As descrições iniciais, quer da Anorexia Nervosa (AN) quer da Bulimia Nervosa (BN), encontravam-se centradas num critério exclusivo, isto é a presença da inanição e da perda de peso (Palmer, 2003). O sistema de classificação presente no DSM-IV TR (APA, 2002) assenta sobretudo no que conceptualiza dois quadros principais de PCA: a AN e a BN, e um quadro residual, que corresponde a Perturbações do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE). Contudo, apesar de apresentar vantagens quanto à definição desta tipologia, esta classificação enclausura algumas dificuldades a nível da prática clínica.

Atualmente, as PCA são vistas como perturbações mentais, associadas a uma preocupação mórbida e excessiva com o peso e forma corporal, fonte principal de autoestima, e acompanhadas por um comportamento alimentar progressivamente ritualizado e por comorbilidade psiquiátrica, bem como problemas físicos que comprometem a saúde em geral, com risco de vida associado (Carr, 2006). São consideradas como um problema emergente da sociedade moderna, com especial incidência em segmentos populacionais jovens, principalmente nas sociedades industrializadas, em que a abundância de alimentos e consumismo existem em paralelo aos ideais de magreza feminina (Carr, 2006; Gouveia, 2009).

Apesar da existência de bases teóricas aprofundadas sobre a explicação do fenómeno, a verdade é que diversos autores apontam para a dificuldade em avaliar o curso de uma PCA, pela sua elevada variabilidade em termos de evolução (Couturier & Lock, 2006a; 2006b; Noordenbos, 2011; Carr, 2006). Em conformidade, as PCA são vistas *“como uma das mais resistentes e frustrantes formas de psicopatologia”* (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999, cit. in. Gouveia, 2000, p. 270). O estudo da evolução sintomatológica é assim fundamental para se compreender a efetividade do tratamento, bem como os conceitos de recuperação, recaída e cronicidade, cuja complexidade e dificuldade de operacionalização é patente (Couturier & Lock, 2006a). Por isto, a distinção entre um curso de recuperação e não recuperação torna-se uma tarefa difícil (Attia & Walsh, 2007), sendo que o presente estudo visa, neste sentido, compreender quais as principais características sintomatológicas, num grupo de pacientes recuperadas e não recuperadas, que durante o período de 2001 a 2009 foram diagnosticadas com algum tipo de PCA.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte, encontra-se o enquadramento teórico, subdividido em dois capítulos. No primeiro capítulo encontra-se uma descrição da caracterização clínica das PCA, introduzindo-se questões

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

acerca das características que lhes estão associadas, assim como a sua classificação e diagnóstico. O segundo capítulo do enquadramento teórico está reservado para a compreensão da recuperação nas perturbações alimentares, bem como o seu curso e evolução. A segunda parte corresponde ao estudo empírico onde explicita os objetivos específicos, hipóteses de trabalho e metodologia privilegiada. Na terceira e última parte, serão discutidos os resultados e as conclusões gerais a luz da literatura existente.

Parte 1

Enquadramento Teórico

1. Caracterização Clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)

As PCA são caracterizadas como “perturbações cognitivas” que partilham entre si um denominador comum, isto é a sobrevalorização do peso e da forma corporal e do seu controlo, responsáveis pela manutenção dos comportamentos alimentares disfuncionais (Fairburn, 2008; Cooper & Shafran, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Enquanto a maioria das pessoas se avalia de acordo com a sua capacidade percebida no que respeita a diversos domínios da sua vida (e.g., qualidade das suas relações; desempenho no seu trabalho), nas pacientes com PCA a autoestima depende exclusivamente da capacidade percebida para controlar o peso e a forma corporal (Fairburn, 2008).

Em concreto, as PCA associam-se aos diagnósticos de AN, BN e PCASOE, patentes no DSM-IV-TR (APA, 2002). Segundo este manual, a AN destaca-se pela perda de peso extrema, acompanhada por um medo intenso associado ao ganho de peso. Por sua vez, a BN é caracterizada pela presença de episódios de ingestão alimentar compulsivos que se associam à utilização de mecanismos compensatórios para lidar com os ganhos ponderais de peso. Por último, as PCASOE englobam todas as psicopatológicas de cariz alimentar que não preenchem os critérios requeridos para o diagnóstico das perturbações referidas anteriormente, mas que mesmo assim albergam síndromes sintomáticas parciais da AN e/ou da BM (Herzog & Eddy, 2007). O DSM-IV (APA, 2002) inclui ainda um diagnóstico provisório, ou seja, relativo a uma perturbação proposta para investigação futura, a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC). Esta categoria diagnóstica foi formalizada pelo DSM 5, passando assim a assumir-se como uma categoria nosológica diferenciada.

Antes de explicarmos mais aprofundadamente em que consiste o diagnóstico de AN, BN e PCASOE, bem como a noção integrativa de PCA, é pertinente conhecer os dados epidemiológicos destas perturbações que sustentam o seu estudo.

1.1. Dados Epidemiológicos das PCA

As PCA são perturbações graves que afetam, principalmente, indivíduos de etnia caucasiana, sobretudo mulheres na adolescência e no início da idade adulta (Fairburn & Harrison, 2003). De facto, aproximadamente, 90-95% dos pacientes que sofrem de uma AN são mulheres (Herzog & Eddy, 2007). Apesar de não existir uma distribuição aleatória, as PCA ocorrem sobretudo nas sociedades ocidentais e industrializadas e em determinadas profissões específicas em que existe uma pressão acentuada para a magreza (Hoek & van Hoeken, 2003; Machado & Machado, 2006). Assim, uma parcela elevada de pacientes encontram-se integradas na população geral, não procurando ajuda no que concerne à modificação dos seus padrões alimentares (Allen, Fursland, Watson & Byrne, 2011).

Adicionalmente, alguns autores têm encontrado uma elevada prevalência em populações constituídas por estudantes universitários (e.g., Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007; Striegel-Moore, Silberstein, Frensch & Rodin, 1989), bem como em atletas desportivos (e.g. Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Estima-se que a prevalência para a AN, ronde os 0,5 a 1%, para mulheres que se encontrem no final da adolescência e no início da idade adulta (APA, 2002; Hoek & van Hoeken, 2003). Em acréscimo, estudos epidemiológicos mais recentes apontam para um aumento na prevalência da AN, ou seja, 0.9% nos Estados Unidos da América (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007) e de 2.2% na Finlândia (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). Bulik e colaboradores (2006) no seu estudo prospetivo, conduzido na Suécia com uma amostra constituída por gémeos, encontraram uma prevalência de 1,20%, evidenciando-se assim um aumento significativo da prevalência da AN. Desta feita, curiosamente, na Finlândia, por exemplo, a incidência de AN é superior à de outros países europeus, atingindo essencialmente mulheres entre os 15 e os 19 anos, o que representa uma incidência de 210 em 100,000 pessoas por ano. Assim, de forma geral, a taxa média da incidência da AN tem vindo a aumentar nos últimos 50 anos, sobretudo em mulheres na faixa etária dos 10 aos 24 anos, em que a prevalência encontra-se estimada em 8/100000 (Hoeken, Seidell, & Hoek, 2003).

Especificamente, em Portugal, destacam-se dois estudos epidemiológicos. Um destes estudos, foi realizado nos distritos de Lisboa e Setúbal, em que Carmo e colaboradores (1999) encontraram uma prevalência para a AN, em estudantes do sexo feminino, de 0,37%. Em segundo lugar, Machado e colaboradores (2007) concluíram que a prevalência da AN rondava os 0.39%.

De igual modo, a BN tem uma prevalência elevada em adolescentes e jovens mulheres, sendo que aproximadamente 90% a 95% dos pacientes com um diagnóstico de uma BN são mulheres (Hoek & van Hoeken, 2002; Herzog & Eddy, 2007). Desta forma, Hoek e van Hoeken (2003) sublinham que a prevalência da BN aproxima-se de 0,3%, com uma incidência de 8 casos por cada 100,000 pessoas. Alguns estudos têm-se mostrado muito úteis na compreensão da prevalência desta psicopatologia. Destacamos, em especial, dois estudos científicos, que são apontados como referência a nível da taxa de incidência da BN, realizados no Minnesota, Estados Unidos da América (cf. Soundy, Lucas, Suman, & Melton, 1995) e na Holanda (cf. Hoek *et al.*, 1995). Estes reportaram taxas anuais de 13.5% e 11.5%, respectivamente. Em Portugal, a prevalência da BN ronda os 0,30% (Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007).

Quanto às PCASOE, poucos estudos têm avaliado a sua prevalência. Contudo, acredita-se que este grupo representa a grande maioria da população com PCA, o que corresponde a 50% a 60% dos casos (Fairburn, 2008). Vejamos, Fairburn e colaboradores

(2007) encontram, em amostra constituída por 170 pacientes, um diagnóstico de PCASOE a rondar os 60%, comparativamente à AN (47%) e BN (35,3%).

Mais uma vez, a prevalência é superior em adolescentes (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Em Portugal, Machado, Machado, Gonçalves e Hoek (2007) relataram uma prevalência que rondava os 2.37%.

Por último, salienta-se que os dados apresentados alertam para um aumento da prevalência das PCA. Todavia a realização de estudos epidemiológicos nas PCA acarreta muitas dificuldades pois é um fenómeno ocultado pelos indivíduos que possuem a perturbação, que negam e dissimulam assim os seus sintomas. Este secretismo torna este fenómeno difícil de detetar por parte dos sistemas de saúde, mesmo existindo critérios de diagnóstico estabelecidos (Smink, Hoeken, & Hoek, 2012).

1.2. Classificação e Critérios de Diagnóstico das PCA: O Manual DSM-IV-TR

A utilização do DSM-IV-TR (APA, 2002) para o diagnóstico das PCA, apesar de apresentar inúmeras vantagens, possui também diversas limitações às quais devemos atender para não resvalar em análises simplistas deste fenómeno. Com efeito, o desenvolvimento do DSM-5 tem enfatizado o debate acerca dos critérios de diagnóstico das PCA, sendo que alguns investigadores apresentam propostas quanto ao ajustamentos e/ou à redefinição dos seus critérios, com o objetivo de superar algumas das limitações e alterar as fronteiras entre as entidades de diagnóstico. Portanto, no DSM-5, relativamente a esta categoria, é recomendado que esta secção seja renomeada para *Feeding and Eating Disorders*, e desta forma, esta proposta passa a incluir outros problemas relacionados com a alimentação que aparecem habitualmente na primeira e segunda infância ou adolescência (APA, 2010, cit. in Machado, 2010).

Como vimos, o DSM-IV TR (APA, 2002) reconhece a existência de duas PCA, isto é a AN e BN, reservando ainda para casos de psicopatologia alimentar que não preenchem os critérios para uma AN e BN, mas que apresentam alguma severidade clínica, o diagnóstico de PCASOE. Seguidamente, explicamos em concreto cada uma destas entidades nosológicas presentes no DSM-IV-TR, aportando também contributos conceituais associados a diferentes autores.

1.2.1. Anorexia Nervosa

A AN é uma perturbação mental grave caracterizada pela incapacidade de manter um peso corporal saudável, em que o indivíduo encontra-se 85% abaixo do peso considerável ideal. Adicionalmente, a procura incessante da magreza extrema, acompanhada por crenças distorcidas sobre a forma e o peso corporal, são características delineadoras desta psicopatologia (Attia & Walsh, 2007; Fairburn & Harrison, 2003). Pacientes com AN perdem

peso através da restrição alimentar severa e/ou através do uso contínuo de métodos purgativos e não-purgativos¹ (Herzog & Eddy, 2007). A sintomatologia tem o seu início no meio da adolescência, com evolução até à idade adulta (Keski-Rahkonen, *et al.*, 2007).

A perda do peso é o resultado direto de uma severa limitação alimentar pois, ao contrário da BN, na AN o esforço para a perda de peso é bem-sucedido, sendo que este peso alcançado, é objetivamente visto como baixo e, por tal, não se assume como saudável (Fairburn & Harrison, 2003).

Os critérios de diagnósticos vigentes no DSM-IV-TR (APA, 2002) apontam para a existência de quatro critérios específicos: recusa em manter um peso corporal mínimo normal, tendo como resultado uma perda de peso (abaixo do 85% do IMC²) (critério A); medo intenso de ganhar peso (critério B); distorção da imagem corporal (critério C); e, por fim, nas mulheres, presença da amenorreia³ (critério D). O DSM-IV-TR propõe ainda uma tipologia definidora da AN, ou seja, o subtipo restritivo (i.e., pacientes que limitam a quantidade de comida ingerida e praticam exercício para o controlo de peso) e subtipo ingestão alimentar compulsiva/purgativo (i.e., existência de episódios de ingestão alimentar compulsiva e/ou de comportamentos purgativos como o vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas) (APA, 2002).

Em termos de categoria diagnóstica, existem alterações no DSM 5 que pretendem flexibilizar os atuais requisitos diagnósticos da AN (Fairburn & Cooper, 2011), eliminando-se, por exemplo, o critério D que enfatiza a presença da amenorreia (Attia & Walsh, 2007; Attia & Roberto, 2009). Em contraste, alguns autores têm apontado este critério como bastante útil, no sentido em que este pode ser considerado como um indicador do estado de saúde física, alertando-se assim para algumas irregularidades biológicas (e.g., osteoporose e infertilidade), que distinguem a AN da BN (Herzog & Delinsky, 2001). Os principais argumentos utilizados para a sua eliminação fundamentam-se na falta de suporte empírico que ateste a ideia de que amenorreia prediz o surgimento da AN. Assim, como evidenciam alguns autores (e.g., Attia & Roberto, 2009) a amenorreia reflete em grande parte um estado nutricional deficitário, surgindo como consequência desta psicopatologia (e não como antecedente), assemelhando-se às alterações na pressão arterial, à diminuição da temperatura corporal e da densidade mineral óssea. Mesmo assim, este critério não deve de ser totalmente descurado uma vez que pode estar associado à gravidade da sintomatologia (Attia & Roberto, 2009).

¹ Ao longo da presente dissertação, iremos definir e diferenciar as noções de métodos purgativos compensatórios e não-compensatórios.

² O IMC é a sigla para Índice de Massa Corporal que se configura como um importante índice na avaliação do peso ideal para uma determinada pessoa. É obtido através do cálculo do peso/altura².

³ A amenorreia é entendida como a ausência de, no mínimo, três ciclos menstruais consecutivos (APA, 2002).

Por outro lado, a amenorreia também pode encontrar-se presente em mulheres com peso normal que restringem a sua alimentação ou que vivenciam *stress* psicológico (Golden & Carlson, 2008). Desta forma, a atribuição de um diagnóstico PCASOE a um grupo de pacientes que apresenta todos os critérios de diagnóstico, exceto o critério relativo a amenorreia é contestável. Logo, uma intensa discussão tem-se alargado em torno da validação deste critério, devido a falta de suporte empírico que justifique a gravidade e severidade deste critério, assim como as dificuldades da sua aplicabilidade, em algumas populações específicas (e.g. população masculina; mulheres pós-menopausa; mulheres que utilizam contraceptivos orais; mulheres demasiado jovens para consideração de amenorreia primária) (Fairburn & Cooper, 2011).

1.2.2. Bulimia Nervosa

A BN é caracterizada por episódios recorrentes de IAC e pelo uso inapropriado de mecanismos compensatórios que visam colmatar os ganhos ponderais de peso (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson, & Crosby, 2007). A maioria dos pacientes com BN geralmente recorre a mais do que um tipo de comportamento compensatório, sendo que o mais prevalente é o vômito autoinduzido, que corresponde a 80% a 90% (APA, 2002). A idade de início da perturbação ocorre no fim da adolescência ou no início da idade adulta, podendo coincidir com eventos de transição de vida (e.g. sair do ensino secundário para a universidade) (Herzog & Eddy, 2007).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), esta psicopatologia é constituída por cinco critérios essenciais: episódios recorrentes de IAC, que se caracterizam por comer num período curto de tempo, uma grande quantidade de alimentos e pela sensação de perda de controlo sobre o ato de comer (Critério A); comportamento compensatório inadequado e recorrente (e.g. vômito autoinduzido, laxantes) para impedir o ganho ponderal (Critério B); duração de duas vezes por semana, em pelo menos em três meses consecutivos (Critério C); sobrevalorização do peso e forma corporal (Critério D); não ocorre durante episódios de AN (Critério E). Tal como na AN, na BN existe uma subcategoria classificatória de diagnóstico: subtipo purgativo (i.e., o paciente recorre ao uso de métodos compensatórios, como a autoindução do vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) e subtipo não-purgativo (i.e., uso de métodos compensatórios, tais como jejuns ou exercício excessivo) (APA, 2002).

Com o desenvolvimento do DSM-5, verificam-se algumas alterações principalmente associadas ao Critério C. Em primeiro lugar, a expressão “grande quantidade” é alterada para “perda do controlo” devido às dificuldades na operacionalização da frequência destes episódios e da ausência de fronteiras temporais definidas (Wilfley, Bishop, Wilson & Agras, 2007).

Por último, o DSM-IV TR (APA, 2002) requiere que para um diagnóstico de BN, estejam presentes, pelo menos, dois episódios de IAC, duas vezes por semana no mínimo de três meses. No entanto, o DSM-5, propõem que a diminuição da frequência em termos de ocorrência dos episódios de IAC e dos mecanismos purgativos (e.g., vômito autoinduzido, uso de laxantes) uma vez que este critério denota uma certa arbitrariedade, sem validade empírica suficiente (Fairburn & Cooper, 2011). Atestando esta ideia, parecem não existir diferenças significativas entre pacientes com episódios de IAC semanais ou mais episódios, sugerindo-se a realização de estudos que estabeleçam novos contributos para o entendimento desta questão (Wilfley, Bishop, Wilson & Agras, 2007).

1.2.3. *Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação*

A maioria dos indivíduos que procura ajuda não preenche os critérios para um diagnóstico de AN ou BN, mas sim para a categoria residual diagnóstica do DSM-IV-TR (APA, 2002) denominada de PCASOE, que corresponde a cerca de 60% dos casos diagnosticados (Fairburn, 2008; Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007; Fairburn & Harrison, 2003; Palmer, 2003; Herzog & Eddy, 2007). Como já foi devidamente explicado, o diagnóstico de PCASOE está reservado para os pacientes que apresentam características significativas de uma PCA, mas que não preenchem os critérios de diagnóstico para uma AN ou BN, mas que apresentam síndromes parciais destas perturbações (Herzog & Delinsky, 2001). Desta forma, este quadro patológico é definido essencialmente pela sua exclusão de alguns critérios destas perturbações (Palmer, 2003). Assim, o DSM-IV-TR apresenta alguns exemplos de quadros típicos da PCASOE: mulheres que preenchem todos os critérios de AN, exceto a amenorreia; todos os critérios de BN estão presentes, exceto a frequência dos episódios de IAC e dos mecanismos compensatórios inapropriados, que ocorrem com uma frequência inferior a duas vezes por semana, nos últimos três meses (APA, 2002).

É nesta categoria diagnóstica que se encontram a maioria dos pacientes em tratamento, sendo também paradoxalmente a categoria mais negligenciada (Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll, & Palmer, 2007). Alguns pacientes com PCASOE continuam a apresentar características clínicas de igual gravidade aos diagnósticos de AN e BN, concretamente ao nível das verificações repetidas do corpo, do sentir-se gorda, das regras alimentares e da comorbilidade psiquiatria (Fairburn & Cooper, 2011). Em síntese, a PCASOE equivale a uma nomenclatura de diagnóstico comum em *settings* clínicos, em que a gravidade associada pode ser equiparada à AN e da BN (Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll & Palmer, 2007). No entanto, os pacientes com um diagnóstico de PCASOE, comparativamente à AN, podem apresentar uma recuperação mais rápida (Herzog & Delinsky, 2001).

Desta forma, uma das principais críticas apontadas à classificação das perturbações alimentares reside nesta categoria devido à ausência de critérios específicos quanto à sua definição; pela sua heterogeneidade, evidenciada nas entidades clínicas que inclui; e pelas falhas quanto à categorização em termos de severidade e gravidade da psicopatologia (Palmer, 2003).

Quanto à proposta para o DSM-5, a designação *Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified* (FEC-NEC) foi sugerida para substituir a atual designação PCASOE (Machado, Gonçalves & Hoek, 2013). Em acréscimo, propôs-se o abandono de critérios de diagnóstico associados a este quadro, albergando-se apenas breves descrições de seis condições clínicas de patologia alimentar devidamente sistematizadas (e.g., síndrome de ingestão alimentar noturna). Quanto às condições clínicas que surgem nesta nomenclatura de diagnóstico, o grupo de trabalho, refere ainda não existir, atualmente, validade empírica que justifique a autonomização diagnóstica destas condições (Fairburn & Cooper, 2011).

Como consequência das alterações propostas para o DSM-5, uma redução significativa dos casos de PCASOE pode emergir (Keel, Brown, Holm-Denoma & Bodell, 2011). Por exemplo, Machado, Gonçalves e Hoek (2013) verificaram, a partir de um estudo conduzido numa amostra comunitária, uma redução significativa de 73% para 51% dos casos de PCASOE ao utilizarem o esquema proposto para o DSM-5, isto é o modelo do FEC-NEC.

Outras alternativas propostas para se atingir a redução dos casos de PCASOE, passa pela criação das *Broad Categories for the Diagnosis of Eating Disorders* (Syko & Walsh, 2011) e pela perseveração dos principais esquemas de diagnóstico. Esta categoria caracteriza-se essencialmente pela expansão das categorias diagnósticas de PCA, de modo a incluírem síndromes análogas⁴. Sob esta perspetiva, a categoria residual da PCASOE manter-se-ia. Para cada uma das categorias diagnósticas encontra-se o subgrupo protótipo, que inclui uma subforma clínica menos comum (idem). Contudo, a falta de estudos prospectivos não permite validar empiricamente esta proposta. Todavia, alguns autores (e.g., Machado, Gonçalves & Hoek, 2013) salientam a pertinência deste modelo ao evidenciarem uma redução significativa dos casos de PCASOE de 73% para 4%, tornando esta categoria decididamente residual.

Sumarizando as mudanças associadas à edição deste novo manual, o objetivo principal passa por flexibilizar os critérios de inclusão da AN e BN, admitindo-se a PIAC. Por outro lado, reconhece-se a importância de compreender os fatores associados a migração diagnóstica, tentando-se diminuir o número de casos de PCASOE (Herzog & Delinsky, 2001).

⁴ Especificamente, a proposta dos autores (i.e., Syko & Walsh, 2011) designa estas categorias de AN and Behaviorally Similar Disorders (AN-BSD), BN and Behaviorally Similar Disorders (BN-BSD) e BED and Behaviorally Similar Disorders (BED-BSD).

Apesar das alterações propostas para o novo DSM-5 aqui discutidas parecerem ser pertinentes, a contestação acerca das suas potencialidades, em comparação com os esquemas de diagnósticos precedentes, ainda é patente. Por exemplo, apesar das mudanças de diagnóstico do DSM-IV para o DSM-5, estas não tem necessariamente de impactar positivamente a taxa de recuperação e de recaída (Castellini *et al.*, 2011).

1.3. Modelo Transdiagnóstico das PCA: Caraterísticas Integradoras

Dada a semelhança apresentada entre os diferentes quadros das perturbações alimentares, o modelo transdiagnóstico emerge como um modelo concetual que permite compreender as caraterísticas diagnósticas das PCA. Em conformidade, de acordo com este modelo, na concetualização das PCA, deve-se enfatizar não só as caraterísticas que as diferenciam, mas também as caraterísticas que partilham em comum (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). Com efeito, a forma como estas perturbações se encontram separadas pelos esquemas de diagnóstico do DSM-IV TR (APA, 2002), alude para a criação de diferentes tratamentos para cada uma das PCA (Fairburn, 2008). Contudo, como o modelo transdiagnóstico explicita, esta diferenciação nem sempre se mostra conducente. Por outro lado, este funciona também como uma explicação teórica para as elevadas taxas de migração diagnóstica⁵ entre as PCA, evidenciadas nos estudos longitudinais (Milos, Spindler, Schnyder & Fairburn, 2005; Fairburn, 2008; Vaz, Conceição & Machado, 2009). A investigação sobre o curso e evolução típica das PCA tem demonstrado que frequentemente emerge uma migração entre as categorias diagnósticas das PCA (i.e., AN, BN, PCASOE). A título de exemplo, após um período de restrição alimentar severa, caraterística da AN, os pacientes podem sucumbir aos episódios de IAC, instaurando-se desta forma sintomas bulímicos, que podem evoluir para um quadro de BN (Vaz, Conceição & Machado, 2009).

Se, por um lado, a partilha das principais caraterísticas clínicas entre as diferentes entidades levantam algumas questões quanto à sua conceptualização como perturbações distintas, por outro a migração dos pacientes entre as diferentes categorias intensifica esta discussão, enfatizando a relevância de uma conceptualização diagnóstica única e integrativa (Fairburn, 2008). Em conformidade, a migração diagnóstica patenteia a existência de mecanismos “transdiagnósticos”, cuja presença releva uma entidade diagnóstica singular (i.e., PCA), rejeitando-se assim a concetualização típica que diferencia entidades diagnósticas isoladas, como a AN e a BN (Fairburn, 2008). Tal como refletem Fairburn e Cooper (2011), existe uma tendência para os pacientes passarem, ao longo do curso e evolução da PCA, por mais do que uma categoria diagnóstica diferenciada. Esta questão é

⁵ Definida por Fairburn e Harrison (2003) como uma tendência para os pacientes evoluírem, ao longo do tempo, por mais do que uma entidade diagnóstica associada às PCA.

particularmente saliente na AN (Fairburn & Harrison, 2003; Vrabel, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & RØ, 2008).

A migração diagnóstica é um aspeto significativo no que concerne à evolução e recuperação dos quadros da psicopatologia alimentar (Herzog & Eddy, 2007). Igualmente, verifica-se a presença de flutuações diagnósticas em que se apuram períodos de remissão sintomatológica e de mudança quanto ao tipo de sintoma apresentado. Neste sentido, alguns pacientes com BN preencheram no passado os critérios de diagnóstico para uma AN, sendo que o mesmo se verifica na mudança do diagnóstico de uma AN para uma BN (Fairburn & Harrison, 2003). Por outras palavras, a sintomatologia característica das perturbações alimentares pode ser suscetível de mudança quanto ao diagnóstico ao longo da vida do paciente, existindo mobilidade entre as diferentes categorias diagnósticas integrantes das PCA. Como alternativa à tipologia encontrada no DSM-IV TR, e uma vez que o curso e evolução da psicopatologia alimentar se encontra marcado por migrações entre as três entidades diagnósticas, o Modelo Transdiagnóstico (Fairburn, 2008) emerge como uma perspetiva integradora que reforça a emergência de uma única categoria diagnóstica integradora.

Em suma, apesar dos diagnósticos clínicos de AN, BN e PCASOE assumirem critérios diferenciadores e específicos que as circunscrevem, a verdade é que, de forma sistematizada, podemos também realçar características partilhadas entre ambas as perturbações, agrupando-as no conceito de PCA. Falamos concretamente da preocupação mórbida relativamente ao peso e à forma corporal, da restrição alimentar, da prática de exercício físico excessivo, bem como da presença de episódios de IAC e comportamentos compensatórios (Fairburn, 2008), que passamos seguidamente a explicar.

1.3.1. Preocupação Mórbida em relação ao Peso e à Forma Corporal

Equivale a uma preocupação constante e excessiva em relação ao peso, que leva à realização de comportamentos repetitivos de pesagem, motivados por um descontentamento relativo ao peso e por um receio acentuado em ter pequenos ganhos de peso. Por oposição, alguns indivíduos com diagnóstico de PCA adotam um comportamento contrário, evitando pesar-se, apesar da preocupação com o peso manter-se (Fairburn, 2008).

Desta feita, o peso desempenha um papel crucial nas PCA, em que pacientes com AN, por exemplo, apresentam normalmente um peso abaixo dos limites normais (e.g., índice de massa corporal/ $IMC2 \leq 17.5$ ou a perda de 85% do peso) (Herzog & Eddy, 2007; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007; Fairburn, 2008). Quando estes pacientes alcançam o peso desejado, estabelecido subjetivamente, surge uma sensação de sucesso alcançado, o que

conduz à manutenção dos padrões alimentares disfuncionais e à baixa motivação para ganhar peso (Fairburn & Harrison, 2003).

As verificações repetidas ou de evitamento relacionam-se com a preocupação excessiva sobre a forma e o peso corporal. Verifica-se que um elevado número de pacientes (i.e., pacientes mais jovens, numa fase inicial da PCA; pacientes que têm peso abaixo do normal) valorizam o sentido de autocontrolo rotineiro, originário das dietas restritivas que adotam (Fairburn, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Assim, muitos pacientes apresentam comportamentos de verificação repetitivos face ao seu corpo (e.g., olhar repetidamente ao espelho, procurar pequenas alterações na forma corporal), focando-se nas partes corporais que menos se compatibilizam com o modelo de corpo idealizado. Mais uma vez, a preocupação mórbida com o peso pode ainda conduzir ao evitamento do próprio corpo, pois os indivíduos acreditam que se encontram gordos ou repugnantes (Fairburn, 2008).

1.3.2. Restrição Alimentar

Considerada como uma das características mais evidentes das PCA, a restrição alimentar resulta da tentativa incessante e extrema de limitar os alimentos ingeridos, surgindo como consequência da sobreavaliação do peso e da forma corporal. A tentativa de limitar a quantidade de alimentos ingerida, através de dietas, por norma, faz-se acompanhar de múltiplas regras idiossincráticas e específicas, cujo cumprimento é considerado extremamente exigente (e.g., qualidade dos alimentos, horas de consumo, tipo de alimentos ingeridos). Se, por um lado, as regras praticadas pelos pacientes forem bem-sucedidas (o que acontece numa primeira fase das PCA), uma perda de peso corporal significativa tende a emergir o que conduz a um peso abaixo do normativo (e.g., subalimentação) (Fairburn, 2008). No entanto, por outro lado, a privação calórica proveniente das dietas rígidas, culmina não raramente em episódios de IAC e em sintomas bulímicos (Stice & Presnell, 2010).

1.3.3. Prática de Exercício Físico

Alguns pacientes com PCA envolvem-se na prática de exercício físico excessivo, método não purgativo (APA, 2002). Esta prática é comum em todos os pacientes com um quadro de PCA, mas verifica-se em especial em pacientes com peso baixo. A utilização do exercício tem como finalidade a manutenção e alteração do peso e da forma corporal (Fairburn, 2008).

A prática de exercício físico toma as mais variadas formas na atividade diária, nomeadamente permanecer em pé mesmo em situações em que é possível sentar-se; manter-se sempre em movimento (i.e., elevada hiperatividade); fazer exercício excessivo (e.g., ir ao ginásio três vezes por dia, todos os dias; fazer um grande número de flexões ou

abdominais). Os motivos que subjazem a realização de exercícios avaliados como excessivos prendem-se sobretudo com a manutenção do peso baixo (Fairburn, 2008).

1.3.4. Ingestão Alimentar Compulsiva (IAC)

Os episódios de IAC prevalecem em pacientes com BN, sendo a sua ocorrência pouco provável em pacientes com AN, tipo restritivo. Não obstante, estes episódios de IAC podem acontecer num contexto de restrição alimentar severa, acompanhado de dietas alimentares rígidas pois a exigência destes padrões alimentares conduz, em certos casos, à quebra das regras que se traduzem assim em IAC (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Estes episódios podem também surgir associados a acontecimentos de vida desafiantes (Vaz, Conceição & Machado, 2009).

A frequência da compulsão alimentar varia, podendo ocorrer uma vez ou duas vezes por semana, ou até mesmo várias vezes por dia, sendo que a quantidade de alimentos ingerida também varia por episódio, mas é tipicamente entre 1.000 a 2.000 quilocalorias (kcal). Todavia, existe um grupo de pacientes que não recorrem a estes comportamentos compensatórios-purgativos, associadas ao diagnóstico de PIAC. Estes episódios diferenciam-se dos sintomas da BN pelo facto de, nesta última, os episódios serem resultado de uma perda do autocontrolo no contexto de uma dieta rígida, de um padrão alimentar caótico e da sobrealimentação (Herzog & Eddy, 2007).

Alguns pacientes vislumbram a compulsão alimentar como um elemento aversivo e angustiante, sendo que este fator constitui-se como um motivo de procura de ajuda (Fairburn, 2008). Contudo, alguns pacientes vêem estes episódios como uma forma de *coping* e de regulação emocional (Stice & Presnell, 2010). Os episódios de IAC podem ser divididos em episódios “subjetivos”, nos quais a quantidade de comida ingerida não é verdadeiramente excessiva; e em episódios “objetivos” em que a ingestão alimentar pode ser avaliada efetivamente e objetivamente como compulsiva ou exagerada (Fairburn, 2008).

De salientar ainda que estes episódios traduzem-se frequentemente em diversas consequências, tais como na ingestão rápida de alimentos; na alimentação exagerada causadora de desconforto físico; no consumo significativo de alimentos na ausência de fome; na alimentação realizada de forma oculta ou em segredo, motivada pela vergonha sentida face ao ato de alimentação; e, por fim, na depressão e/ou na culpabilização pela descontrolo alimentar (Herzog & Eddy, 2007).

1.3.5. Métodos Purgativos

Em geral, estes mecanismos apresentam-se em todas PCA, com exceção da PIAC. Os métodos purgativos podem assumir-se como compensatórios e não compensatórios (Fairburn, 2008). Os mecanismos de natureza compensatória visam mitigar os efeitos de

episódios alimentares específicos, que os pacientes avaliam como excessivos. Estes comportamentos assumem-se como uma tentativa dos pacientes lidarem com os ganhos ponderais de peso e podem incluir o uso de laxantes, diuréticos, vômitos autoinduzidos e enemas (Carr, 2006; Herzog & Eddy, 2007; Fairburn, 2008). Por sua vez, os mecanismos de cariz não-compensatório assumem-se como “rotineiros” no sentido de controlar o peso. Dentro destes episódios encontra-se o recurso de dietas e a exercício físico (Fairburn, 2008).

Sempre que o paciente sente que falhou no cumprimento de regras rígidas recorre ao uso de comportamentos compensatórios (e.g., vômito autoinduzido), com o objetivo de minimizar os ganhos decorrentes do aumento de peso e de trazer o alívio aos sujeitos, interrompendo temporariamente o desconforto e a ansiedade provocados pela ingestão exagerada. Apesar do alívio sentido após a utilização dos mecanismos purgativos, a curto-prazo, os pacientes podem sentir desconforto físico e culpabilizarem-se pela não adesão às dietas rígidas, o que acarreta consequências psicológicas significativas (e.g., medo, culpa, vergonha) ao longo dos ciclos de IAC/purgativos (Carr, 2006). Assim, estes mecanismos compensatórios utilizados pelos pacientes favorecem a procura de novas tentativas de controlo do peso e, paralelamente, viabilizam a rigidez das regras alimentares ao reforçarem as preocupações com o peso e com o controlo alimentar (Vaz, Conceição & Machado, 2009).

Assim, analisando de forma integrativa as características definidoras das PCA, podemos alvitrar que a manutenção destas perturbações depende, em larga escala, de um sistema disfuncional de autoavaliação (Cooper & Shafran, 2008), uma vez que estes pacientes avaliam exclusivamente a sua capacidade para controlar os aspetos relacionados com dietas, peso e forma corporal (Vaz, Conceição, & Machado, 2009). Os comportamentos alimentares disruptivos são mantidos pela sobrevalorização do peso e da forma corporal, que se autoperpetuam. Quando se verifica o incumprimento das regras alimentares rígidas, considerado como uma falha grave no controlo da alimentação, surgem, em muitos casos, os episódios de IAC (Vaz, Conceição, & Machado, 2009). Por conseguinte, os pacientes identificam a quebra das regras rígidas como um fator impeditivo da perda de peso, interpretando-o como um fracasso pessoal (Fairburn & Harrison, 2003). Desta forma, surge, no final deste ciclo, os comportamentos purgativos, de cariz compensatório e não-compensatório.

1.4. Etiologia das PCA

As múltiplas investigações realizadas no âmbito das PCA defendem uma etiologia multifatorial no que respeita a este fenómeno (Fairburn & Harrison, 2003; Gouveia, 2000). Com efeito, as PCA são perturbações complexas cuja origem está relacionada com

múltiplos fatores de risco, de caráter genético, biológico, psicológico, social e familiar (Ruiz & Montes Rodríguez, 2003). Assim, um fator de risco isoladamente não explica, por si só, o desenvolvimento de uma PCA. Por exemplo, na cultura ocidental, todas as jovens adolescentes estão expostas a uma pressão cultural para a magreza, o que origina uma preocupação com o peso e forma corporal. Esta questão pode ser ampliada ou diminuída conforme a confrontação com fatores familiares (e.g., atitudes parentais em relação ao peso; padrões alimentares e interação familiar), com fatores socioculturais (e.g., realização de determinados desportos como o *ballet*), com características psicológicas e pessoais (e.g., baixa autoestima e perfeccionismo) e, por último, com fatores biológicos (e.g., influência genética sob o peso). Assim, estamos perante um conjunto de vulnerabilidades que podem conduzir ao desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais, originando uma PCA (Gouveia, 2000).

Fairburn e Harrison (2003) classificam os fatores associados às PCA em gerais (e.g., sexo feminino, adolescência, início da idade adulta e inserção em sociedades ocidentais) e em fatores de risco individuais-específicos que se dividem em história familiar (i.e., presença de uma PCA de qualquer tipo; depressão; abuso e uso de substâncias, na BN em especial o alcoolismo); obesidade (especificamente, associada à BN), experiências pré-mórbidas (e.g., estilos parentais; abuso sexual; historial de dietas; comentários críticos sobre a alimentação, forma ou peso corporal, por parte da família ou outros; pressão para a magreza) e características pré-mórbidas (e.g., baixa autoestima; perfeccionismo, mais comum em AN do que na BN), ansiedade ou perturbação de ansiedade, obesidade e menarca precoce (estas duas últimas, mais comuns na BN).

Em resumo, podemos concluir que a conjugação de diferentes fatores pode confluir no desenvolvimento de uma PCA, podendo o desempenho de cada fator impactar o curso e evolução desta psicopatologia (Gouveia, 2000). Todavia, apesar de existir um crescente esforço na compreensão dos fatores de risco, pouco se sabe sobre os mecanismos envolvidos no desenvolvimento e na forma como estes interagem na manutenção da perturbação.

1.5. Comorbilidade⁶

As perturbações do humor e as perturbações de ansiedade apresentam uma elevada incidência nos pacientes com PCA (Halmi, 2010). De facto, alguns destes preenchem critérios para mais do que uma perturbação do humor ou de ansiedade (Sansone & Sansone, 2007; Fairburn, 2008). Neste sentido, Milos e colaboradores (2003) avaliaram 77 mulheres com um diagnóstico de AN e concluíram que 57% das pacientes com um AN

⁶ Neste parâmetro, iremos sobretudo nos centrar nas perturbações comórbidas das PCA mais prevalentes, ou seja, nas que mais frequentemente estão associadas às PCA e, por isso, vistos como mais significativos.

apresentavam um diagnóstico comórbido para uma perturbação do humor. Os mesmos autores encontram um diagnóstico semelhante para a BN, correspondendo a 52% das 137 das pacientes avaliadas. As características das perturbações do humor, em geral, encontram-se associadas aos pacientes com episódios de IAC, enquanto os traços de ansiedade são característicos dos pacientes com comportamentos de restrição alimentar (Fairburn, 2008).

De igual modo, nos últimos anos, têm surgido evidências que atestam uma comorbidade entre as PCA e a Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004). A similaridade entre ambas é notória quando atentamos ao facto de que as obsessões relacionadas com a alimentação, com o peso e com a forma corporal são sintomas típicos da POC. Assim, os pacientes que evidenciam estes traços poderão desenvolver rituais mais elaborados em relação à alimentação e, até mesmo, na contagem de calorias (Fairburn, 2008). As características obsessivas tendem a ser particularmente evidentes como consequência do baixo peso (Fairburn, 2008). Desta forma, verifica-se que 35% das amostras constituídas por pacientes com AN do subtipo restritivo, apresentam uma maior comorbidade com a POC (Kaye *et al.*, 2004). Apesar destes traços serem concomitantes, segundo o diagnóstico diferencial DSM-IV-TR (APA, 2002), os pacientes só recebem um diagnóstico comórbido de PCA e POC, caso se verifique que as obsessões e rituais não são de conteúdo alimentar. Noutros casos, a POC poderá anteceder o diagnóstico de PCA, mantendo-se até e após a recuperação da perturbação da alimentação (Rastam, Guilberg & Wentz, 2003).

Outros traços comórbidos que tem continuamente vindo a ser investigados prendem-se com comportamentos de automutilação e de abuso de substâncias (Fairburn, 2008). A automutilação e o abuso de substâncias (em especial, o consumo excessivo de álcool) apresentam-se como uma característica associada aos pacientes com episódios de IAC, mais comuns na BN, em comparação à AN tipo restritivo (Bulik, *et al.*, 2004; Fairburn, 2008; Halmi, 2010). Bulik e colaboradores (2004) relatam a existência de taxas relativas ao abuso de álcool numa prevalência de 10% a 17%. O abuso de substâncias parece ocorrer também, de forma usual, na BN, que apresenta uma taxa entre os 30% a 70% (Pearlstein, 2002). Acresce que, como verificam alguns autores, a AN, subtipo purgativo, pode associar-se a um risco acrescido para o consumo e abuso de substâncias (Roota, Pisetsky, Thornton, Lichtensteina, Pedersen & Bulik, 2010). Halmi (2010) acrescenta ainda que pacientes com PCA que se envolvem em abusos de álcool, podem apresentar um risco acrescido de desenvolverem um diagnóstico de depressão.

Por sua vez, a multi-impulsividade é uma característica que tem vindo a ganhar relevo na literatura. As características da multi-impulsividade encontram-se fortemente associadas à BN e remetem para os seguintes comportamentos: automutilação, abuso de substâncias e de álcool, jogo patológico, comportamentos sexuais de risco, cleptomania e tentativas de

suicídio (Nagata, Kawarada, Kiriike, & Iketani, 2000; Vanderlinden & Vandereycken, 1997). Nagata, Kawarada, Kiriike e Iketani (2000) encontram resultados que evidenciam que uma percentagem considerável destes traços de personalidade multi-impulsiva surge em pacientes anoréticos com comportamentos purgativos e com episódios de IAC (11%) e em pacientes com BN (18%). Os traços impulsivos nas PCA podem ser resultado de eventos traumáticos, assim como da falta de estabilidade entre as entidades diagnósticas (Vanserlinden & Vandereycken, 1999). Um estudo realizado a nível nacional, por Gonçalves e colaboradores (2013), concluiu que participantes com BN apresentam um maior número de comportamentos autoinfligidos, tentativas de suicídio através do recurso a medicamentos e um reduzido controlo quanto ao uso de tabaco e drogas ilícitas. Patenteia-se assim que os clínicos devem direcionar a sua atenção para estes traços multi-impulsivos.

A automutilação surge, por norma, numa lógica autopunitiva, mais uma vez associada às dificuldades a nível do incumprimento das regras rígidas e à dificuldade em corresponder às expetativas perfeccionistas, configurando um mecanismo de *coping* no que concerne à confrontação com conflitos e na construção da autoestima e da identidade individual (Carr, 2006).

Em conclusão, podemos verificar que a investigação científica demonstra que existe um elevado número de condições mórbidas associadas às PCA, cujas consequências passamos agora a explorar.

1.6. Consequências Físicas e Psicossociais das PCA

Dos comportamentos referidos anteriormente, resultam graves consequências a nível de saúde física, bem como ao nível emocional e psicossocial, entre as quais o isolamento social.

No que diz respeito à saúde física, estas são mais visíveis em pacientes com AN uma vez que os sintomas físicos são fruto de uma severa inanição. São frequentes complicações médicas como a obstipação, a dor abdominal, a intolerância ao frio, a letargia e hiperenergia. Podem surgir alterações de pele devido à deficiência nutritiva, evidenciando-se em algumas pacientes o lanugo⁷ (Walsh & Satir, 2005). Todavia, as alterações fisiológicas capazes de causar uma maior atenção clínica prendem-se com problemas gastrointestinais, alterações no ritmo cardíaco e eletrolítico (Crow & Swigart, 2005).

A osteoporose é uma das condições mais graves que pode emergir associada a este quadro clínico, pois a diminuição da densidade mineral óssea encontra-se relacionada com a diminuição do IMC. Apesar da maioria dos sintomas físicos caraterísticos de um quadro de AN apresentarem-se como reversíveis, através da renutrição e do aumento ponderal, a

⁷ Penugem fina no tronco.

verdade é que a osteopenia/osteoporose podem permanecer mesmo após a recuperação do peso, podendo mesmo ser irreversível (Pomeroy & Mitchell, 2002).

Do uso recorrente do vômito autoinduzido pode surgir uma perda significativa do esmalte dentário, ou seja, a erosão dentária pode ser visível nos dentes frontais (Walsh & Satir, 2005). Nos casos clínicos em que se verifica o uso contínuo de qualquer dos métodos purgativos são visíveis alterações hidroeletrólíticas, que na sua maioria são situações que justificam o internamento hospitalar, devido aos danos associados (Crow & Swigart, 2005). Outras consequências físicas podem surgir, por exemplo ao nível do sistema reprodutor, nomeadamente a infertilidade, partos prematuros e complicações perinatais (Herzog & Eddy, 2007).

As PCA são reconhecidas por serem umas das perturbações mentais como uma elevada taxa de mortalidade entre os jovens. A taxa de mortalidade da AN é elevada, ocorrendo em, aproximadamente, 1 em 20 pacientes (Steinhausen, 2002). Outros estudos apontam que taxa de mortalidade varia entre os 5% e os 20% (Keel *et al.*, 2003; Herzog *et al.*, 2000) apresentando uma maior incidência em adolescentes entre os 15 -19 anos (Smink, Hoeken, & Hoek, 2012). As principais causas associadas aos elevados índices de mortalidade na AN remetem para complicações da própria psicopatologia, ou seja, de uma severa inanição, suicídio e causas desconhecidas (Nielsen, 2001). Comparativamente a AN, a BN apresenta uma taxa de mortalidade inferior. Estudos de revisão da literatura apresentam taxas de mortalidade que rondam os 0,3% e os 3% (Keel & Mitchell, 1997). Esta conclusão é surpreendente, na medida em que associada à BN encontram-se múltiplas complicações médicas, tais como o vômito autoinduzido, o abuso de laxantes e outros comportamentos purgativos (Arcelus, Mitchelle, Wales & Nielson, 2011).

Em termos de fatores e consequências psicossociais, destacam-se as dificuldades familiares, os contextos que enfatizam a magreza, os acontecimentos interpessoais negativos (Vaz, Conceição & Machado, 2009), assim como o isolamento social, dificuldades no ajustamento as atividades escolares e conflitos com o grupo de pares (Carr, 2006). A nível familiar, os modelos sistémicos têm caracterizado as famílias de pacientes com PCA como famílias com fronteiras familiares fusionais e rígidas, com atitudes parentais sobreprotetores e com uma fraca resolução de problemas, envolvendo os filhos em diferentes conflitos familiares (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

No caso da AN, verifica-se que estas pacientes muitas vezes sentem-se “gordas”, apresentando um medo intenso de “perder o controlo” sobre a sua alimentação, pois acreditam que se tal acontecer ficarão obesas (Carr, 2006; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Contudo, apesar da restrição alimentar vivenciada por estas pacientes, com a evolução do quadro clínico, algumas pacientes acabam por, como vimos, sucumbir aos episódios de IAC, que potenciam alterações profundas no seu humor (e.g. depressão, baixa autoestima),

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

isolamento social e acentuação da preocupação com a alimentação (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). No caso da BN verifica-se uma perda do autocontrolo aquando o surgimento dos episódios de IAC (Carr, 2006). Em ambas as perturbações, a baixa autoestima, ancorada numa imagem negativa de si própria, como alguém sem valor, tende a ser prevaiente (Vaz, Conceição & Machado, 2009).

Como resultado da sobreavaliação do peso e forma corporal podem surgir também consequências ao nível emocional, como alexitimia, ou seja, dificuldades em reconhecer, descrever e verbalizar estados emocionais e sensações corporais (Fairburn & Harrison, 2003).

Face a este quadro descritivo e explanatório acerca das PCA, interessa-nos não só compreender as suas características clínicas, mas também o seu curso pois a labilidade em termos de diagnóstico é elevada. Surge assim um processo cunhado como migração diagnóstica ao longo das categorias clínicas individuais (i.e., BN, NA, PCASOE) pertencentes ao grupo das PCA, que merece a nossa atenção pelo facto de estarmos particularmente interessados na evolução e recuperação das PCA.

2. Evolução e Recuperação Sintomatológica das PCA

A literatura tem vindo a colocar algumas questões pertinentes a respeito da recuperação nas PCA, no que concerne à recuperação efetiva da AN, aquando do estabelecimento de um peso normal e da regulação da menstruação; à extinção do diagnóstico de BN aquando da cessação dos comportamentos purgativos; ou se podemos realmente falar de uma recuperação efetiva de uma PCA quando a paciente apresenta uma avaliação mais positiva de si (Noordenbos & Seubring, 2006). Para estabelecer contributos que respondam a estas questões, temos antes de tudo de compreender e explorar o conceito de recuperação. Uma das primeiras dificuldades na definição de recuperação das PCA corresponde à ausência de uma circunscrição clara entre o que diferencia um paciente recuperado de um paciente não recuperado (Bardone-Cone, *et al.*, 2010; Couturier & Lock, 2006a; 2006b; Lock, 2010; Rie, Noordenbos, Donker & Furth, 2006). Este problema advém, em larga medida, da falta de consenso em torno dos critérios de avaliação da recuperação nas PCA (Lock, 2010). Por exemplo, a recuperação pode ser compreendida em termos mais restritos ou mais amplos. Isto significa que se, por um lado, alguns autores se socorrem do modelo transdiagnóstico para definir recuperação, sugerindo que a redução dos sintomas transversais é fundamental, por outro lado outros autores sugerem que a recuperação deve ser específica para cada PCA (Couturier & Lock, 2006b). Desta feita, seguidamente, abordamos diferentes critérios na delimitação da recuperação no âmbito das PCA.

2.1. Definição de Recuperação nas PCA

2.1.1. Perspetiva Diagnóstica

Uma proposta para a circuncrição da recuperação, foi desenvolvida por Strober, Freeman e Morrell (1997) que envolve a ausência dos sintomas da AN e da BN durante 8 semanas, tendo os pacientes alcançado um peso normal, ausência de comportamentos compensatórios ou atitudes negativas face à imagem corporal e peso. De forma mais simplista e redutora, alguns autores referem que a recuperação ocorre quando já não se verificam os critérios de diagnóstico associados às PCA. Quando atendemos à BN, por exemplo, percebemos que a ausência dos mecanismos purgativos é o indicador privilegiado para uma boa recuperação. Contudo, este critério carece de medidas psicológicas (e.g., preocupações com o peso e forma corporal; restrição alimentar, entre outros) que, geralmente, não são tidas em conta por não serem incluídas no DSM-IV TR (APA, 2002). Se olharmos para este manual, a recuperação é definida como a ausência dos sintomas necessários para um quadro de uma perturbação mental. Dito de outro modo, verifica-se que quando a definição de recuperação de uma PCA enfatiza tão-somente a recuperação comportamental, secundarizando-se as dimensões cognitivas, a preocupação com o peso e

com a forma corporal, responsáveis pela manutenção da psicopatologia, são variáveis ignoradas.

2.1.2. Perspetiva do Modelo Transdiagnóstico

Bardone-Cone e colaboradores (2010) referem que o conceito de recuperação deve incluir diversos aspetos psicológicos, tais como as preocupações com a imagem e forma corporal e o medo de ganhar peso. Os mesmos autores defendem a necessidade de avaliar estes comportamentos de recuperação, que abrangem a ausência de episódios de IAC, comportamentos compensatórios e comportamentos de restrição. A ausência de comorbidade psiquiátrica (e.g. abuso de álcool, perturbações do humor, perturbações de personalidade, esquizofrenia) é vislumbrada como um fator importante para o reconhecimento da recuperação (Steinhausen, 2002). Outros fatores relevantes na circunscrição da recuperação passam pela aceitação positiva da imagem corporal, aumento da autoestima, regulação emocional adaptada e pelo desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas pois o enfoque na reestruturação do peso, na regulação da menstruação e na diminuição do número de episódios de IAC pode ser redutor e promover uma eventual recaída (Noordenbos, 2011). Bardone-Cone e colegas (2009) referem que, para além do não preenchimento dos critérios necessários para um diagnóstico de PCA, do não envolvimento em comportamento purgativos, compensatórios e de restrição alimentar e da importância de um IMC estável de pelo menos 18,5, é importante que as pacientes não apresentem preocupações com os alimentos, com a imagem corporal, peso e forma corporal, para serem consideradas como recuperadas totalmente.

Em consonância, um estudo prospetivo realizado por Machado e colaboradores (2012), metodologicamente orientado pelas escalas da EDE-Q, confirmou que estas características clínicas (i.e., a preocupação com a alimentação, preocupação com peso e forma corporal) mantinham-se apenas no grupo de pacientes não recuperadas. Apenas o comportamento alimentar restritivo se mantinha em ambos os grupos, isto é, em pacientes recuperadas e não recuperadas. Neste sentido, aponta-se para uma normalização das atitudes comportamentais face à preocupação com o peso, alimentação e forma corporal aquando da recuperação.

Não obstante, a utilização destes critérios como diferenciadores dos pacientes recuperados para os não-recuperados, pode apresentar desafios e complexidades. Vejamos, após atingirem a recuperação, sob um ponto de vista diagnóstico, alguns pacientes continuam a apresentar atitudes depreciativas face à imagem e forma corporal, preocupações com a alimentação e medo em tornarem-se “gordas” (Noordenbos & Seubring, 2006).

2.1.3. *Perspetiva das Pacientes*

Face às dificuldades em delimitar a recuperação, e como alternativa às propostas estabelecidas, um crescente número de trabalhos (e.g., Pettersen & Rosenvinge, 2002; Noordenbos, 2011; Noordenbos & Seubring, 2006) tem-se centrado na perspetiva dos próprios pacientes para avaliar o processo de recuperação. Estes investigadores partem do pressuposto que os pacientes são capazes de se percecionarem como recuperados, criando o seu próprio construto de recuperação (Noordenbos, 2011). Durante muito tempo, a opinião dos pacientes com PCA foi continuamente negligenciada pelos clínicos. Porém, no tratamento desta psicopatologia, a perspetiva dos pacientes face à sua doença pode apresentar-se como um aliado a sua recuperação. Se atendermos ao conjunto de pacientes que apresentam alguma relutância em aceitar a sua doença, o seu envolvimento no processo terapêutico e conhecimento sobre esta pode ser de extrema relevância no tratamento, auxiliando eventualmente o paciente (Rosenvinge & Klusmeier, 2000).

Estes estudos têm identificado os comportamentos alimentares, a atividade física, as atitudes e preocupações face aos alimentos, a aceitação corporal e do peso, a recuperação psicológica, a regulação emocional, a existência de relações sociais e as atitudes sexuais como fatores centrais na recuperação (Noordenbos, 2011; Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Desta forma, as duas últimas perspetivas tornam claro como a ausência sintomática dos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002) não basta para compreendermos o conceito de recuperação de uma PCA, sendo necessário analisar todo um conjunto de variáveis relevantes no entendimento holístico do conceito de recuperação.

2.2. *Evolução e Curso de Recuperação*

Diferentes estudos têm estabelecido contributos no que respeita ao entendimento do que constitui um percurso de recuperação em PCA. Estudos de *follow-up*, com duração de 5 anos, apresentam uma percentagem de recuperação em 90% dos pacientes, após a conclusão do tratamento (Vrabel, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & RØ, 2008). Seguindo a mesma linha, Steinhausen, Boyadjieva, Griogoroiu-Serbanescu e Neumarker (2003) concluíram, a partir de uma amostra de 242 participantes em regime de internamento e em ambulatório, seguida por um período de 6,4 anos, que 70% das pacientes que recuperaram, apresentavam um bom funcionamento psicossocial e não possuíam comorbilidades psiquiátricas. Em acréscimo, este estudo demonstrou que as características principais de recuperação das PCA, encontradas em todas as culturas, remetem para um bom prognóstico se o início da perturbação ocorrer na adolescência, bem como para o facto de um curso mais grave se associar a um elevado número de internamentos durante o processo de tratamento (Steinhausen, Boyadjieva, Griogoroiu-Serbanescu, & Neumarker, 2003).

Em termos de processo de recuperação específico, a AN é associada a um curso variável: uma pequena minoria dos pacientes alcança uma remissão dos sintomas psicopatológicos nas fases iniciais da doença, mantendo a recuperação; outros apresentam um curso crónico que se mantêm, portanto, durante anos (Keel, 2010). Steinhausen (2002) evidenciou, através de uma metanálise constituída por 119 estudos, que 46% dos pacientes com AN alcançam a recuperação, mantendo esta recuperação ao longo da sua vida, sendo que um terço dos participantes permanece com síndromes residuais ou parciais e, por fim, 20% dos pacientes apresentaram um curso crónico. Como facilmente se apropria, o curso evolutivo mais favorável ocorre em pacientes com uma idade mais jovem, que iniciam um tratamento precoce (Attia & Walsh, 2007; Steinhausen, 2002), com uma duração diminuta dos sintomas durante o período que antecede o tratamento e com um número reduzido de hospitalizações (Steinhausen, 2002). A recuperação parece ainda associar-se à reestruturação do peso, à normalização da menstruação e dos comportamentos alimentares (idem). No entanto, as atitudes depreciativas face ao seu peso e forma corporal, os ideais de magreza e os traços característicos de uma personalidade impulsiva podem permanecer (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006).

As melhorias sintomáticas podem associar-se às migrações diagnósticas, em que, por exemplo, a mobilização dos sintomas para um diagnóstico de AN do subtipo purgativo/IAC (e.g., terem aumentado de peso) pode conduzir a uma mudança de diagnóstico de AN para BN. Do mesmo modo, pacientes com BN podem apresentar uma flutuação diagnóstica para o quadro da AN (Fairburn & Harrison, 2003). Esta migração diagnóstica entre as categorias pode ser facilmente entendida como uma recuperação, ou seja, como uma melhoria dos sintomas inicialmente apresentados pelo paciente. No entanto, devemos compreender e estar atentos ao facto de estas aparentes melhorias indiciarem outro quadro clínico, congruente com os pressupostos da migração diagnóstica (Keel, 2010). Mais uma vez, a definição do processo de recuperação complexifica-se.

Se atendermos ao quadro de BN, este encontra-se associado a um curso mais favorável, quando comparado à AN (APA, 2002). Neste sentido, Keel e colaboradores (1999) realizaram um *follow-up*, em que se verificou que 70% dos pacientes recuperaram da perturbação. Todavia, alguns destes pacientes que, apesar de serem considerados recuperados, continuaram a apresentar episódios de IAC e comportamentos purgativos esporádicos. Outro estudo, de Fichter e Quadflieg (2007), demonstra que aproximadamente 70% dos pacientes atingem a recuperação, enquanto 20%, apesar de exibirem melhoras sintomáticas, apresentam sintomas residuais, e, por fim, 10% evoluíram para um curso crónico.

A ausência de comportamentos purgativos e de episódios de IAC, em pelo menos 28 dias, parece ser precursora de um curso evolutivo favorável (Lock, 2010). No caso da BN, o

bom prognóstico parece depender, em larga escala, da sintomatologia leve ou moderada, do tratamento em ambulatório, da duração da doença antes do início do tratamento, da idade de início na adolescência, da motivação para o tratamento e de uma boa rede de suporte social (Herzog *et al.*, 1996). Alguns estudos têm sugerido que o tratamento pode, eventualmente, acelerar a recuperação. Desta forma, a intervenção terapêutica desempenha um papel positivo na evolução e recuperação de uma BN, pois a taxa de recuperação apresenta-se como elevada nos estudos em que os pacientes se encontraram em tratamento (especialmente em estudos de curto prazo, de 6 a 12 meses) (Keel & Mitchell, 1997). Em média, 31% dos pacientes bulímicos recuperam nos primeiros 6 a 12 meses (*ibidem*). Em contrapartida, cerca de 36% dos pacientes com perturbação de IAC e 28% dos pacientes com BN subtipo purgativo continuavam a apresentar o diagnóstico correspondente (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2008).

Finalmente, é ainda relevante apontar que Milos, Spindler, Schnyder e Fairburn (2005), quando orientados para a categoria de diagnóstico PCASOE, concluíram que a maior taxa de recuperação, aproximadamente 70%, encontra-se ligada a esta categoria.

2.3. Recidivas Clínicas

O DSM-IV TR (APA, 2002) define recaída como um período de tempo, na evolução de uma perturbação, em que não se verifica a presença dos sintomas de uma dada perturbação, seguido de um desenvolvimento sintomático e de características definidoras da perturbação original. O período sintomático pode suceder após uma remissão ou total ou parcial (Richard, Bauer, Kordy & COST Action B6, 2005).

Como vimos, atualmente, há pouco consenso sobre o que constitui a remissão efetiva de numa PCA e, portanto, o que pode ser considerado como um resultado positivo no final do tratamento, é algo extremamente variável. Esta falta de concordância leva a problemas na definição da resposta ao tratamento, bem como de recuperação (Couturier & Lock, 2006a) pois como sabemos as PCA podem apresentar um curso acompanhado por múltiplas recaídas (Grilo *et al.*, 2012; Richard, Bauer, Kordy & COST Action B6, 2005).

Nas PCA, em específico na BN, as taxas de recaída situam-se entre os 30% e 50%, sendo assim um risco significativo (Keel & Mitchell, 1997). Cerca de um terço das mulheres que tiveram uma experiência de remissão, apresentam uma recaída durante os primeiros anos (Keel & Mitchell, 1997). Na AN, a percentagem de 30%, em termos de recaídas, parece manter-se, principalmente em adolescentes, após alta hospitalar. A recaída parece ser comum e precede, frequentemente, o alcance da recuperação efetiva (Strober, Freeman & Morrell, 1997). Em alguns pacientes verifica-se que a recaída surge num período próximo da alta hospitalar. Em geral, estes pacientes são descritos por terem um período de tratamento curto (Richard, Bauer, Kordy & COST Action B6, 2005).

Alguns eventos ambientais stressores podem ser potenciadores de recaídas, tais como dificuldades laborais, ocupacionais e sociais. A comorbidade psiquiátrica e a duração da sintomatologia podem também prever uma recaída (Grilo *et al.*, 2012). De salientar, que apesar das recaídas serem comuns, a verdade é que a remissão sintomatológica dos sintomas das PCA pode surgir. Num período de 6 anos, Grilo e colaboradores (2012) concluíram que 46% da sua amostra de pacientes com BN e 41% com PCASOE apresentaram uma remissão sintomatológica dos sintomas de PCA.

2.4. Evolução e Curso de Não-Recuperação

A definição de recuperação pode ser particularmente desafiante consoante a evolução da perturbação em cada paciente pois, em alguns, o curso crónico pode assomarse de modo que a recuperação nunca é verdadeiramente atingida, mesmo perante uma diminuição sintomática evidente. Logo, pode ser razoável considerar diferentes padrões ou limites de remissão e recuperação em relação a pacientes mais jovens, por contraste a pacientes com curso crónico, uma vez que o processo de recuperação é mais célere e bem-sucedido nas primeiras (Attia & Walsh, 2007).

O curso crónico de alguns pacientes é especialmente evidente em estudos *follow-up*, em que a manutenção dos sintomas característicos das PCA podem se estender por mais de 5 a 7 anos (período em que a probabilidade de remissão dos sintomas é mais provável), atribuindo-se assim um carácter estável, dito crónico, à evolução sintomática. A “ausência de mudanças”, por um período considerável, releva um entendimento sobre o fenómeno que passa a ser visto como crónico (Wonderlich, *et al.*, 2012). Se tivermos como ponto de partida este critério temporal no que respeita ao estabelecimento do percurso crónico, sem recuperação associada, podemos encontrar um conjunto de preditores que se lhe associam, e que se podem traduzir numa mais-valia para a delimitação dos pacientes recuperados e não recuperados. Assim, a manutenção dos padrões alimentares, o tipo de PCA; o IMC abaixo de 17,5, a duração da perturbação superior a 10 anos, a vida social extremamente limitada, as deficiências a nível da formação profissional, a qualidade de vida comprometida, bem como tratamentos malsucedidos consecutivos, assumem-se como fatores relevantes no entendimento de um curso de não recuperação (*idem*). A evolução clínica desfavorável, associada a mau prognóstico, relaciona-se também com a comorbidade psiquiátrica e com peso baixo após a alta clínica (Fichter & Quadflieg, 1999).

Relativamente à AN, Fichter, Quadflieg e Hedlund (2006), num *follow-up* de 12 anos, concluíram que cerca de 30% das participantes (103 mulheres) continuam a apresentar um diagnóstico de AN. Nesta perturbação, uma questão pertinente prende-se com o facto de, apesar de as pacientes recuperarem o peso e o período menstrual ao longo do curso da perturbação, a verdade é que não raramente os hábitos alimentares e as atitudes em

relação à imagem corporal mantêm-se. Desta forma, alguns autores, têm salientado alguns fatores, indicadores de mau prognóstico, que podem explicar tanto a cronicidade inerente a esta psicopatologia como as recaídas, a saber: o início da patologia na idade adulta; o peso inicial muito baixo; a presença de disfunções familiares; os sintomas bulímicos; o baixo peso na alta hospitalar; a história de vegetarianismo; o abuso ou dependência de álcool e comorbilidade psiquiátrica; as desistências do tratamento; os acontecimentos de vida significativos; e, por último, as perturbações da imagem corporal (Yackobovitch-Gavan, et al., 2009).

Concretamente na BN, o prognóstico desfavorável, associado a recaídas e evolução crónica, correlaciona-se com a permanência de vômitos autoinduzidos, as flutuações de peso, os traços de personalidade multi-impulsiva, a baixa autoestima, o perfeccionismo clínico, o padrão familiar disfuncional, as crenças distorcidas face à alimentação, peso e forma corporal, a perturbação da imagem corporal, dificuldades quanto ao nível de funcionamento social e início tardio da perturbação (Carr, 2006). Adicionalmente, a duração prolongada da doença, o histórico de tentativas de tratamento malsucedidas, o abuso de substâncias e os traços comórbidos das perturbações da personalidade são indicadores de um resultado insatisfatório para os pacientes com BN (Herzog & Eddy, 2007). Por outro lado, os episódios de IAC ao longo de percurso desenvolvimental são uma condição típica da cronicidade inerente à perturbação (Fairburn *et al.*, 2000).

Em relação à PCASOE, em alguns casos, os pacientes que apresentam melhorias sintomáticas, possuem também episódios de IAC esporádicos, bem como continuam a recorrer a mecanismos purgativos para influenciar o peso e a forma corporal (Fairburn & Cooper, 2011). Mesmo assim, estes pacientes podem não ser considerados como recuperados dada a gravidade que os mecanismos compensatórios representam (Keel, 2010). Os comportamentos de autoflagelo, os problemas interpessoais, a história de abuso sexual e a de suporte social não responsiva, são fatores elencados na literatura como preditores da não recuperação, nesta categoria diagnóstica (Keel & Brown, 2010).

Rematando, o conceito de recuperação exige uma análise de perspetivas que extrapolem a visão nosológica do DSM-IV-TR, incluindo-se para, este efeito, a perspetiva das pacientes e a perspetiva transdiagnóstica. A recuperação é um conceito em estreita associação com as conceções de cronicidade e recidiva uma vez que para a sua correta delimitação, temos de compreender que características podem induzir um quadro de recaída e a permanência crónica dos sintomas da perturbação. Apesar de existir consenso face a algumas características de mau prognóstico (e.g., comorbilidade psiquiátrica), a multiplicidade de cursos de recuperação e não recuperação resulta em sérias dificuldades na destrição exata e inequívoca do que se constitui como um percurso de recuperação.

Parte 2

Estudo Empírico

3. Objetivos

Sabendo que as PCA representam problemas complexos com um curso e evolução variáveis, em que alguns pacientes atingem a recuperação total, outros apresentam sintomas residuais e outros evoluem para um curso crónico, o presente estudo visou compreender quais as principais características sintomatológicas que distinguem os grupos de pacientes recuperadas e não recuperadas que, durante o período de 2001 a 2009, foram diagnosticadas com algum tipo de PCA. Neste âmbito, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar o grupo de participantes recuperadas e não recuperadas de acordo com os itens de diagnóstico, as subescalas e outras características clinicamente relevantes, integrantes do instrumento EDE (*Eating Disorders Examination* (EDE, 14ª edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001).
2. Compreender o impacto do curso de recuperação (i.e., pacientes recuperadas e não recuperadas), na manifestação atual de sintomas associados às diferentes subescalas da EDE e a outras características clinicamente relevantes (e.g., importância do controlo sobre a alimentação, desconforto social, áreas gordas), comumente associadas às PCA.

Assim, face a estes objetivos, foram realizadas as seguintes hipóteses de investigação:

1. As pacientes recuperadas preenchem um número significativamente menor de itens de diagnóstico, do que as pacientes não recuperadas.
2. As pacientes recuperadas exibem menos comportamentos alimentares restritivos (e.g., evitamento alimentar, tentativa de manter o estômago vazio, imposição de limites rígidos de ingestão de calorias) do que as pacientes não recuperadas.
3. As pacientes recuperadas demonstram um número significativamente menor de preocupações alimentares (e.g., preocupação com comida, calorias), comparativamente com as pacientes não recuperadas.
4. As pacientes recuperadas apresentam uma menor preocupação, com o peso e com a forma corporal, em comparação com as pacientes não recuperadas.
5. As pacientes recuperadas apresentam um menor número de outras características clinicamente relevantes associadas ao diagnóstico de PCA, comparativamente às pacientes não recuperadas.

4. Participantes

A amostra constitui-se por mulheres que iniciaram o tratamento entre 2001 e 2009, tendo obtido um diagnóstico de PCA (AN, BN e PCASOE). Participaram neste estudo um total de 31 mulheres das 90 que inicialmente constituíram a amostra do estudo original

(Machado *et al.*, 2012)⁸. A definição das pacientes recuperadas e não recuperadas assentou nos critérios utilizados por Machado e colaboradores (2013), nomeadamente o IMC ($\leq 17,5$), a frequência de tratamento, a perceção subjetiva relativamente ao seu estado clínico e à necessidade de ajuda para os sintomas das PCA.

Em termos de diagnóstico inicial, 51,6% das participantes foram diagnosticadas com AN, 32,3% com BN e, por fim, 16,1% com PCASOE. A maior parte das participantes (58,1%) encontrava-se ainda em tratamento aquando da realização do presente estudo, sendo que 38,7% já não se encontrava em tratamento e 3,2% não especificaram o estado de evolução do tratamento.

Em relação à idade média das participantes, as recuperadas apresentam 26,56 (DP= 6,106) e as não recuperadas 32,55 (DP= 7,589).

Os dados sociodemográficos das participantes encontram-se sistematizados no Quadro 1, segundo os diferentes grupos amostrais, recuperadas e não recuperadas.

Por fim, o processo de amostragem inerente ao presente estudo compatibiliza-se com um processo de amostragem por grupos (Almeida & Freire, 2007), uma vez que as participantes distribuem-se por dois grupos principais, isto é pacientes recuperadas e não-recuperadas.

5. Instrumentos

Para concretizar o estudo em causa, foi aplicada *Eating Disorders Examination* (EDE, 14^a edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001) que se constitui como uma entrevista semiestruturada baseada no investigador. Esta entrevista permite obter um diagnóstico específico no que toca às principais características das PCA (Grilo, 2005; Fairburn, Cooper & Waller, 2008), abrangendo quatro subescalas: a restrição alimentar, a preocupação com a alimentação, a preocupação com o peso e a preocupação com a forma corporal (Cooper & Fairburn, 1987). Ao longo destas subescalas, encontramos itens como a frequência de IAC, a utilização de métodos extremos para controlo do peso e da sua severidade, o medo de ganhar peso, os episódios bulímicos (objetivos e subjetivos) entre outros fatores. A par disto, este instrumento contempla ainda um conjunto de itens de diagnóstico, tais como importância do peso, da forma corporal e métodos compensatórios.

A EDE foi desenvolvida com o objetivo de ultrapassar as limitações dos instrumentos de autorrelato orientados no diagnóstico de PCA (Cooper & Fairburn, 1987), possibilitando paralelamente a realização de um diagnóstico de PCA de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, ou seja, dos diagnósticos de AN, BN e PCASOE (Berg, Peterson, Frazier, & Crow,

⁸ De frisar que no total foram contatadas 36 participantes, sendo que 5 declinaram a participação no presente estudo prospetivo.

2011). Os itens de diagnóstico da EDE centram-se nos últimos 28 dias (embora algumas questões se estendam aos três ou mesmo seis meses anteriores) o que permite avaliar a frequência de comportamentos compensatórios, nomeadamente de IAC, do vômito autoinduzido, da prática do exercício físico excessivo e do uso de laxantes e de diuréticos (Grilo, 2005; Fairburn & Berglin, 1994).

A EDE avalia os vários comportamentos mencionados em termos da sua frequência e severidade. A nível dos critérios de cotação, esta deve ser feita à medida que a entrevista decorre. As cotações de frequência devem ser baseadas num mês de 28 dias, seguindo as seguintes regras de cotação: se a característica não está presente, cota-se 0; se a característica está presente até 5 dias, cota-se 1; se a característica está presente metade do tempo, cota-se 3; se está presente quase todos os dias (até 5 exceções), cota-se 5; se está presente todos os dias, cota-se 6. Em síntese, os itens são cotados de 0 a 6 numa escala de Likert de 7 pontos.

No que respeita à gravidade, a cotação segue igualmente uma escala de Likert de 7 pontos, em que 0 corresponde à ausência de característica e 6 a característica presente num grau extremo.

Quanto às propriedades psicométricas, concretamente no que concerne à validade da EDE, um estudo empírico conduzido por Berg, Peterson, Frazier e Crow (2011) demonstrou que através deste instrumento é possível distinguir casos com sintomatologia característica das PCA de casos não enquadrados neste diagnóstico.

6. Procedimentos

6.1. Recolha de Dados

A recolha de dados na sua maioria aconteceu nas consultas de PCA do serviço de Psiquiatria de um hospital situado no Norte do país, à semelhança do que sucedeu no estudo realizado por Machado e colaboradores (2012). Assim, a primeira avaliação das participantes aconteceu em 2010. Por este motivo, aquando do início do presente estudo, todas as questões relativas ao consentimento informado já se encontravam devidamente tratadas.

De novo, as pacientes que participaram neste último estudo, foram contactadas, por telefone, solicitando-se dados sociodemográficos (e.g., idade, data de nascimento, estado civil, situação de emprego, habilitações literárias), assentes na entrevista clínica sociodemográfica, desenvolvida pelos autores do estudo original (cf. Machado *et al.*, 2012). Este contato serviu também para agendar, com cada participante, um momento oportuno para a aplicação presencial da EDE. Face à impossibilidades de deslocação de algumas pacientes (N=10), a aplicação do EDE foi realizada telefonicamente.

De salientar que, com vista à correta aplicação da EDE, antes da realização das entrevistas semiestruturadas, ingressei numa formação acerca dos procedimentos de aplicação do instrumento.

6.2. *Tratamento de Dados*

A análise descritiva dos dados e a inferência estatística foram levadas a cabo através do recurso ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0.

Em primeiro lugar, procedeu-se à análise descritiva de dados, como a idade, o IMC e peso, diferenciando-se os dados obtidos por participantes recuperadas e não recuperadas.

Com vista ao desenvolvimento da inferência estatística, foram tidas como variáveis de análise as subescalas da EDE (i.e., restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o peso, preocupação com a forma) e os seus itens de diagnóstico. O teste estatístico de Mann-Whitney foi realizado para avaliar as potenciais diferenças entre as participantes recuperadas e não recuperadas no que respeita à presença de sintomatologia associada às diferentes subescalas da EDE e outras características usualmente associadas às PCA.

7. Resultados

Em seguida, serão apresentados os dados estatísticos obtidos, organizados em torno dos dados sociodemográficos, dos itens de diagnóstico (e.g., métodos compensatórios, episódios bulímicos), da análise do impacto do curso de recuperação na manifestação atual da sintomatologia, dividida pelas subescalas do EDE e da apresentação de outras características clínicas, típicas das PCA, presentes nos diferentes grupos de participantes. Para todos os testes realizados, foi tido como nível de significância $p < .05$.

7.1. Dados Sociodemográficos

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica dos Dois Grupos de Participantes (Recuperadas vs. Não Recuperadas)

	Recuperadas (N=9) [23]		Não-Recuperadas (N=22) [67] ⁹	
Idade	Amp.	M (DP)	Amp.	M (DP)
	18 - 33	26,56 (6,106)	22 - 45	32,55 (7,589)
	N (%)		N (%)	
Estado Civil				
	Solteira	4 (44,4)	9 (40,9)	
	Casada	3 (33,3)	9 (40,9)	
	União de Facto	2 (22, 2)	2 (9,1)	
	Divorciada	0 (0)	2 (9,1)	
Situação Profissional				
	Estudante	2 (22,2)	3 (13,6)	
	Empregada	5 (55,6)	15 (68,2)	
	Desempregada	2 (22,2)	4 (18,2)	
Habilitações Literárias				
	2º Ciclo	1 (11,1)	1 (4,5)	
	3ª Ciclo	0 (0)	5 (22,7)	
	Frequência no Ensino Secundário	3 (33,3)	1 (4,5)	
	Finalização Ensino Secundário	0 (0)	2 (9,1)	
	Frequência Ensino Superior	2 (22,2)	2 (9,1)	
	Finalização Ensino Superior	3 (33,3)	11 (50)	

⁹ No estudo original (cf. Machado *et al.*, 2013), relativamente às pacientes recuperadas, o N equivaleu a 23; por sua vez, no que respeita às pacientes recuperadas, o N foi de 67.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Atendendo ao Quadro 1, compreendemos que a amplitude a nível da idade é superior nas pacientes não-recuperadas, sendo por isso a média de idade superior ($M=32,55$; $DP=7,589$), comparativamente às pacientes recuperadas ($M=26,56$; $DP=6,106$). Este dado é importante na compreensão do curso de cronicidade que pode caracterizar as PCA e, portanto, será discutido mais à frente.

No que respeita ao estado civil, as pacientes recuperadas são sobretudo solteiras (44,4%), sendo que 33,3% são casadas e 22,2% vivem em união de facto. As pacientes não recuperadas são, na sua maioria, solteiras (40,9%) e casadas (40,9%). As restantes vivem em união de facto (9,1%) ou encontram-se divorciadas (9,1%).

A nível da situação profissional, as pacientes recuperadas encontram-se, em larga escala, em situação de emprego (55,6%), sendo que 22,2% estão a estudar. Igualmente, um número diminuto de pacientes estão desempregadas (22,2%). Por sua vez, as pacientes não recuperadas, encontram-se, maioritariamente, a laborar (68,2%), com uma percentagem reduzida de pacientes no desemprego (18,2%) e a estudar (13,6%).

Em relação às habilitações literárias, concretamente a nível das pacientes recuperadas, 11,1% possui o 2º ciclo de estudos básicos, 33,3% frequentaram o ensino secundário, não o tendo concluído, 22,2% frequentaram o ensino superior e 33,3% concluíram-no.

7.2. Itens de Diagnóstico da EDE

Como já foi explicitado, a EDE possui um conjunto de itens que permitem guiar o processo de diagnóstico de uma PCA, a saber: IMC, episódios bulímicos objetivos e subjetivos, vômito autoinduzido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, exercício físico excessivo, importância de peso, importância da forma corporal, medo de ganhar peso e sentir-se gorda. O Quadro 2 expõe os resultados obtidos, pelos diferentes grupos de pacientes, no que respeita aos itens de diagnóstico.

Quadro 2. Caracterização dos Grupos Amostras (Recuperadas vs. Não Recuperadas) em termos dos diferentes itens de diagnóstico da EDE

	Pacientes Recuperadas (N = 9)		Pacientes Não Recuperadas (N = 22)		
	Amp.	M (DP)	Amp.	M (DP)	<i>U</i>
IMC	19,71– 25,97	21,75 (1,81)	14,10 – 33,52	19,48 (4,26)	59,000†

Episódios Bulímicos Objetivos	0 – 2	0,22 (0,667)	0 – 19	2 (4,41)	54,500†
Episódios Bulímicos Subjetivos	0 – 3	0,33 (1)	0 – 10	1,28 (3,214)	72,000
Vômito Autoinduzido	0 – 12	1,33 (4,00)	0 – 40	4,59 (10,3)	75,000
Abuso de Laxantes	0 – 0	0 (0)	0 – 15	0,86 (3,27)	90,000
Uso de Diuréticos	0 – 0	0 (0)	0 – 1	0,05 (0,213)	94,500
Exercício Físico Excessivo	0 – 0	0 (0)	0 -120	5,90 (26,157)	85,500
		N (%)		N (%)	U
Importância do Peso					66,500
Sem Importância/ 0-2		6 (66,7)		8 (45,5)	
Alguma Importância/2-4		2 (22,2)		6 (27,3)	
Importância Moderada/4-6		1 (11,1)		5 (22,7)	
Importância Extrema		0 (0)		1 (4,5)	
Importância da Forma Corporal					72,500
Sem Importância/ 0-2		6 (66,7)		10 (45,5)	
Alguma Importância/2-4		2 (22,2)		6 (27,3)	
Importância Moderada/4-6		1 (11,1)		5 (22,7)	

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR:
CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Importância Extrema	0 (0)	1 (4,5)	
Medo de Ganhar Peso			74,500
Ausência do item	4 (44,4)	5 (22,7)	
Medo de engordar em 1 a 5 dias/em menos de metade dos dias (6 a 12)	2 (22,2)	7 (31,8)	
Medo de engordar em metade dos dias	1 (11,1)	3 (13,6)	
Medo de engordar em mais de metade dos dias/quase todos os dias	2 (22,2)	6 (27,3)	
Medo de engordar todos os dias	0 (0)	1 (4,5)	
Sentir-se Gorda			64,000
Ausência do item	4 (44,4)	5 (22,7)	
Sentiu-se gorda em 1 a 5 dias/em menos de metade dos dias (6 a 12)	3 (33,3)	8 (36,4)	
Sentiu-se gorda em metade dos dias	1 (11,1)	1 (4,5)	
Sentiu-se gorda em mais de metade dos dias/quase todos os dias	1 (11,2)	7 (31,8)	
Sentiu-se gorda todos os dias	0 (0)	1 (4,5)	

† $p < .10$

Como esperado, as pacientes recuperadas apresentam, em média, um IMC superior ($M= 21,75$; $DP= 1,81$) em comparação com as pacientes não recuperadas ($M= 19,48$; $DP= 4,26$), sendo que estas diferenças são marginalmente significativas ($U= 59,000$; $p=.082$), se tivermos como referência um nível de significância $<.10$.

No que respeita aos episódios bulímicos objetivos, as pacientes recuperadas apresentam um menor número de episódios bulímicos objetivos ($M= 0,22$; $DP= 0,667$), em comparação com as pacientes não recuperadas ($M= 4,41$; $DP= 2$). Estas diferenças podem ser tidas como marginalmente significativas, a nível estatístico ($U= 54,500$; $p=.074$).

Para todos os restantes itens de diagnóstico, salienta-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pacientes recuperadas e não recuperadas, tal como podemos compreender através da consulta do Quadro 2. Mesmo assim, podemos aceitar a primeira hipótese uma vez que os itens IMC e Episódios Bulímicos Objetivos assumem-se de formas distintas em ambos os grupos, em que as pacientes recuperadas surgem como o grupo com um IMC mais adequado e com um menor número de episódios bulímicos objetivos, de forma marginalmente significativa.

7.3. Subescalas da EDE: Restrição Alimentar, Preocupação com o Peso, Preocupação com a Forma e Preocupação com a Alimentação

A EDE possui quatro subescalas, isto é restrição alimentar, preocupação com o peso, preocupação com a forma e, por último, preocupação com a alimentação. Os resultados obtidos estão expostos no Quadro 3.

Quadro 3. Impacto do Curso de Evolução da Perturbação (Recuperadas vs. Não Recuperadas) a nível da Restrição Alimentar, Preocupação com o Peso, Preocupação com a Forma e com a Alimentação

	Pacientes Recuperadas (N = 9) Ordem Média	Pacientes Não Recuperadas (N = 22) Ordem Média	U
Restrição Alimentar	14,11	16,77	82,000
Preocupação Alimentar	12,94	17,25	71,500
Preocupação com o Peso	12,33	17,50	111,000
Preocupação com a Forma	11,17	17,98	100,500†

† $p < .10$

Existe claramente uma menor prevalência de sintomas, relacionados com as diferentes subescalas, no grupo de pacientes recuperadas comparativamente às pacientes não recuperadas. Estas diferenças são particularmente notórias na subescala preocupação com a forma ($U = 1000,500$; $p = .058$), em que as diferenças podem ser vistas como marginalmente significativas, a um nível de significância $p < .10$. Neste sentido, as pacientes recuperadas apresentam uma menor preocupação com a forma (*Ordem Média* = 11,17) do que as pacientes não recuperadas (*Ordem Média* = 17,98).

Para todas as restantes subescalas, as diferenças existentes entre os grupos amostrais não são estatisticamente significativas. Desta forma, rejeitamos a segunda e terceira hipóteses delineadas uma vez que as pacientes recuperadas não exibem um menor de comportamentos restritivos e de preocupações alimentares, de forma estatisticamente significativa. Não obstante, podemos aceitar, parcialmente, a quarta hipótese uma vez que a preocupação com a forma parece ser, de forma marginalmente significativa, menor nas pacientes recuperadas, apesar da preocupação com o peso não o ser.

7.4. Outras Características Clínicas

Por último, a apresentação dos resultados relativos a outras características clínicas associadas às PCA, e integrantes da EDE, encontram-se esquematizados no Quadro 4.

Quadro 4. Impacto do Curso de Evolução da Perturbação (Recuperadas vs. Não Recuperadas) a nível das Outras Características Clínicas Relevantes da EDE

	Pacientes Recuperadas (N = 9) <i>Ordem Média</i>	Pacientes Não Recuperadas (N = 22) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
Pesagem Mensal¹⁰	12,69	16,52	65,500
Peso Desejado	17,00	13,32	63,000
Debicar	15,94	16,02	98,500
Reação à Pesagem Prescrita	15,06	16,39	90,500
Desconforto Social	13,28	17,11	74,500

¹⁰ Neste item, excecionalmente, o N associado às pacientes recuperadas equivale a 8.

Áreas Gordas	12,06	17,61	63,500
Vigilância da Forma	12,89	17,27	71,000
Sensibilidade ao Aumento de Peso	14,06	16,80	81,500
Autoavaliação Negativa	11,61	17,80	59,500†
Aceitação do Peso e Forma Corporal	11,89	17,68	62,000
Composição Corporal	10,50	18,25	49,500*

† $p < .10$ * $p < .05$

Tendo por base os resultados expostos no Quadro 4, frisa-se que apenas o item da composição corporal evidencia resultados estatisticamente significativos, $U = 49,500$, $p = .023$. Assim, quando questionadas sobre os pensamentos acerca da composição corporal de gordura e de músculo, as pacientes recuperadas mostraram uma menor preocupação (*Ordem Média* = 10,50) do que as não recuperadas (*Ordem Média* = 18,25). De forma marginalmente significativa, surge a autoavaliação negativa ($U = 59,500$, $p = .078$), relacionada com pensamentos negativos acerca do peso e da forma corporal atual da paciente. Esta variável é menos expressiva nas pacientes recuperadas (*Ordem Média* = 11,61) do que nas pacientes não recuperadas (*Ordem Média* = 17,68).

Os restantes itens, concernentes às outras características clínicas do EDE, não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre pacientes recuperadas e não recuperadas. Mesmo assim, é possível descrever a dispersão de valores face a estes itens entre pacientes recuperadas e não recuperadas. A nível da pesagem mensal, o número de pesagens é menor nas pacientes recuperadas (*Ordem Média* = 12,69) do que nas pacientes não recuperadas (*Ordem Média* = 16,52). O peso desejado, relacionado com a avaliação do peso ideal, é maior nas pacientes recuperadas (*Ordem Média* = 17,00) do que nas pacientes não recuperadas (*Ordem Média* = 13,32).

O comportamento de debicar comida parece estar presente, de forma semelhante, entre os grupos de pacientes, ou seja, nas recuperadas (*Ordem Média* = 15,94) e não recuperadas (*Ordem Média* = 16,02). Em relação à reação à pesagem, as pacientes recuperadas apresentam reações mais pronunciadas (*Ordem Média* = 16,39), do que as pacientes não recuperadas (*Ordem Média* = 15,06).

Para o desconforto social, as pacientes recuperadas (*Ordem Média*= 13,28) relatam, em menor número, esta vivência do que as pacientes não recuperadas (*Ordem Média*= 17,11). De igual modo, a preocupação com áreas gordas é menor nas pacientes recuperadas (*Ordem Média*= 12,06) do que nas pacientes não recuperadas (*Ordem Média*= 17,61), bem como a vigilância da forma, menor em pacientes recuperadas (*Ordem Média*= 12,89), do que em pacientes não recuperadas (*Ordem Média*= 17,27). A sensibilidade ao aumento de peso é maior nas pacientes não recuperadas (*Ordem Média*= 16,80), do que nas pacientes recuperadas (*Ordem Média*= 14,06). Da mesma forma, a autoavaliação negativa do peso e da forma corporal é mais comum entre as mulheres não recuperadas (*Ordem Média*= 17,80), do que em mulheres recuperadas (*Ordem Média*= 11,61). Por último, a aceitação do peso e da forma corporal, é, em contraste, mais frequente em mulheres recuperadas (*Ordem Média*= 11,89) do que em mulheres não recuperadas (*Ordem Média*= 17,68).

Face aos resultados expostos, podemos aceitar, em certa medida, a quinta hipótese formulada, pois as pacientes recuperadas apresentam um menor número de outras características clínicas associadas às PCA, sendo que estas diferenças são significativas em termos da autoavaliação negativa, quando assumida uma significância de $p=.10$, e da composição corporal, isto é da ruminação acerca da percentagem de gordura e de músculo corporal, quando assumida uma significância de $p=.05$. Tal como podemos constatar, as variáveis relativas às outras características clínicas, têm menor incidência nas pacientes recuperadas, em comparação com as pacientes não recuperadas.

8. Discussão

A definição do que constitui o curso de recuperação nas PCA apresenta-se como um desafio complexo, em que a variabilidade de percursos e a confluência de diferentes perspetivas acarretam dificuldades conceituais (Bardone-Cone, *et al.*, 2010; Couturier & Lock, 2006a; 2006b; Lock, 2010; Rie, Noordenbos, Donker & Furth, 2006). O presente estudo demonstrou que apesar de existirem diferenças entre pacientes avaliadas como recuperadas e não-recuperadas, a verdade é que estas diferenças tendem a não ser estatisticamente significativas, na maioria das variáveis comportamentais e psicológicas inferidas. De facto, as variáveis que parecem gerar diferenças significativas remetem para o IMC, episódios bulímicos objetivos, preocupação com a forma, autoavaliação negativa e composição corporal. Todas as outras, apesar de menos expressivas nas pacientes recuperadas, parecem manter-se relativamente estáveis entre ambos os grupos. De frisar ainda que a idade das pacientes não-recuperadas apresenta uma média superior, o que pode significar que a idade poderá ser, com efeito, um critério basilar na definição do conceito de cronicidade.

Com vista a estabelecer contributos que possam clarificar os diferentes cursos de evolução (i.e., recuperação e não recuperação), discutimos de seguida as variáveis que parecem diferenciar ambos os grupos (caraterísticas diferenciadoras) e as que não tendem a gerar diferenças (caraterísticas transversais e estáveis). Em relação a estas últimas, defendemos que a inexistência de um diagnóstico da PCA não invalida que, durante um processo de recuperação, algumas caraterísticas comportamentais e, sobretudo, psicológicas se mantenham ou reincidam, pois preconizamos que o processo de recuperação não é estático, mas sim iminentemente processual e idiossincrático.

8.1. *Evolução Sintomatológica: Caraterísticas Diferenciadoras de Recuperação e Não Recuperação*

Como esperado, as pacientes recuperadas apresentam valores normativos em termos de IMC, significativamente superiores em comparação com as pacientes não-recuperadas, o que nos leva a alvitar que as pacientes recuperadas tendem a estabilizar efetivamente o seu peso. Com efeito, esta parece ser uma caraterística diferenciadora da recuperação e não-recuperação pois um número significativo de pacientes recuperadas (60%) normaliza o seu peso (Steinhausen, 2002), sendo que a recuperação do IMC é particularmente sensível no diagnóstico de AN, caraterizada pela perda de peso significativa e manutenção de peso extremamente baixo (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson, & Crosby, 2007). Apesar disto, como vimos, o IMC médio das pacientes não-recuperadas também é normativo. Este facto pode ser entendido à luz da diversidade de diagnósticos

existentes na amostra, que englobam BN e PCASOE, que não tem necessariamente de serem caracterizadas pela manutenção de peso baixo. Em acréscimo, não devemos esquecer que o peso e altura, computados no IMC, não são os únicos critérios na definição das PCA (Fairburn, 2008).

Ainda em termos de itens de diagnóstico, os episódios bulímicos objetivos tendem a ser significativamente menos expressivos no grupo de pacientes recuperadas. Se nos detivermos num modelo restrito de análise do processo de recuperação de uma PCA (cf. Couturier & Lock, 2006b), tendo em conta o diagnóstico de BN, a presença de episódios bulímicos é um critério fundamental na definição da perturbação (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson, & Crosby, 2007). A sua diminuição ou ausência pode assim remeter para um processo de recuperação da perturbação. Se atendermos ao modelo transdiagnóstico, a presença de episódios bulímicos, apesar de menos comum na AN, tende a acontecer em todas as PCA (Fairburn, 2008), podendo esta ilação ser estendida ao grupo das perturbações.

Em contraste, e analisando ainda os itens de diagnóstico, no que alude aos episódios bulímicos subjetivos não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes, o que pode elucidar que ambos os grupos de pacientes não entendem a ingestão alimentar como excessiva (Fairburn, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Em relação diferentes mecanismos compensatórios (e.g., vômito autoinduzido, abuso de laxantes, uso de diuréticos), a inexistência de diferenças estatisticamente significativas pode prender-se com o facto de, tanto as pacientes recuperadas como não-recuperadas, não elencarem um elevado número de recursos a estes mecanismos.

Quanto às subescalas da EDE, a preocupação com a forma parece gerar algumas diferenças, estaticamente significativas entre pacientes recuperadas e não-recuperadas. Neste sentido, as pacientes recuperadas preocupam-se, em menor escala, com a forma corporal. A corroborar este dado, surge a menor preocupação com a composição corporal (i.e., ruminação acerca da percentagem de gordura e de músculo corporal), nas pacientes recuperadas. Tal pode ainda relacionar-se com o facto de a autoavaliação negativa ser menor nas pacientes recuperadas, comparativamente às pacientes não-recuperadas. Como sabemos, as PCA são perpetuadas através de um sistema disfuncional de autoavaliação, em que os indivíduos avaliam-se exclusivamente com base na sua capacidade para controlar aspetos relacionados com a alimentação, com o peso e forma corporal (Fairburn, 2008; Cooper & Shafran, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Esta característica também pode ser responsável pela manutenção de uma baixa autoestima e da sintomatologia bulímica (Gilbert & Meyer, 2005). Sugerimos assim que a menor preocupação com a forma corporal e a remissão significativa dos episódios bulímicos pode estar diretamente associada com a

diminuição das autoavaliações negativas, acompanhada do restabelecimento de uma autoestima positiva, centrada em diferentes aspetos do funcionamento pessoal e interpessoal. Em consonância, a aceitação positiva da imagem corporal, o aumento da autoestima, em paralelo com a reestruturação do peso, podem encadear-se no sentido de desencadear um processo de recuperação estável (Noordenbos, 2011).

Em termos dos dados até agora discutidos, podemos dizer que estes vão de encontro à proposta de Strober, Freeman e Morrell (1997), em termos de critérios como a ausência de atitudes negativas, a diminuição de comportamentos compensatórios e o alcance de um peso normativo, para a definição de um processo de recuperação. Efetivamente, os dados obtidos salientam especialmente estas questões na diferenciação dos cursos de recuperação e não-recuperação.

Curiosamente, a preocupação com o peso mantém-se em ambos os grupos amostrais, por oposição à preocupação com a forma. Este dado pode, paralelamente, demonstrar que apesar de um processo de recuperação poder tomar lugar, normalizando-se e restaurando-se o peso e padrões alimentares vistos como saudáveis, os ideais de magreza, ancorados na preocupação com o aumento de peso, podem persistir (Steinhausen, 2002; Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006). Nesta linha, de seguida, discutiremos de forma mais pormenorizada as variáveis que se mantêm estáveis entre os diferentes grupos de pacientes.

8.2. Evolução Sintomatológica: Características Transversais ao Cursos de Recuperação e Não Recuperação

Existem características que parecem manter-se em ambos os grupos de pacientes. Apesar de serem menos expressivos em pacientes recuperadas, a verdade é que determinadas características típicas das PCA não surgem como diferenciadoras do grupo de recuperadas e não-recuperadas. Mesmo que configurem formas subclínicas, determinadas características definidoras das PCA podem persistir ao longo do processo de recuperação (Noordenbos & Seubring, 2006). Esta visão é também compatível com a noção diagnóstica de síndromes residuais ou parciais, encontradas em alguns casos (Steinhausen, 2002).

Quando atentamos aos dados obtidos, percebemos que existem itens de diagnóstico (e.g., vômito autoinduzido, medo de ganhar peso, importância do peso, sentir-se gorda), bem como características clinicamente relevantes (e.g., reação à pesagem prescrita, preocupação com áreas gordas, sensibilidade ao aumento do peso), comportamentos restritivos, preocupações alimentares e com peso que permanecem nas pacientes recuperadas. Estes aspetos inventariados são, maioritariamente, transdiagnósticos, ou seja, transversais às diferentes entidades nosológicas das PCA. Adicionalmente, à exceção do vômito autoinduzido e dos comportamentos restritivos, os fatores que se apresentam como

transversais são de cariz interno, ou seja, são variáveis psicológicas. A persistência destas pode associar-se a traços de personalidade existentes ou modos de funcionamento individuais, tipicamente perfeccionistas, que antecedem o próprio desenvolvimento da perturbação, e que pela sua estabilidade poderão manter-se após a recuperação (Gouveia, 2000; Vaz, Conceição, & Machado, 2009).

Por outro lado, se perspetivarmos que o vómito autoinduzido parece estar presente também nas pacientes recuperadas, compreendemos como este é, de facto, o mecanismo mais usual e recorrente utilizado pelas pacientes (APA, 2002), podendo o seu recurso ser mais difícil de se extinguir. A restrição alimentar pode também continuar presente nos processos de recuperação, apesar da estabilização do IMC, pois pode vislumbrar-se como uma forma eficaz de controlo do peso. A procura do ideal de magreza e concomitante realização de dietas alimentares com vista a manter peso tende a ser algo comum, mesmo entre a população geral, dita não-clínica (Gouveia, 2000).

Face ao exposto, consideramos que a visão transdiagnóstica é relevante, pois parte do pressuposto que existem caraterísticas relevantes, que extrapolam os critérios diagnósticos e que merecem ser consideradas. Advogamos assim a importância de avaliar o processo de recuperação de forma dinâmica e processual, em que a manifestação de determinadas caraterísticas, específicas das PCA, pode tomar lugar em dados momentos do processo de recuperação. A presença destas caraterísticas não deve ser assumida, linearmente, como um retrocesso ou recaída, devendo ser contextualizada num campo mais amplo de funcionamento pessoal e relacional. Desta forma, o clínico deve socorrer-se da perspetiva dos pacientes, útil na compreensão holística da pessoa e da visão acerca do seu percurso (Noordenbos, 2011; Pettersen & Rosenvinge, 2002). A análise de trajetórias individuais é, portanto, crucial para não se patologizar a presença de determinadas caraterísticas psicológicas ao longo do processo de recuperação.

8.3. Contributos para a Definição da Cronicidade

Como sabemos, os estudos de *follow-up* sugerem que uma pequena parcela de pacientes com um diagnóstico de PCA, mantêm os seus sintomas durante anos, até mesmo durante décadas (Fichter & Quadflieg, 2007). Desta forma, e olhando para os dados sociodemográficos obtidos, verifica-se que a média de idade das pacientes não-recuperadas é superior, em comparação à média de idade das pacientes recuperadas. Sabendo que estas pacientes iniciaram o seu tratamento entre 2001 e 2009, a manutenção destes sintomas poderá evoluir num sentido crónico. Nesta lógica, Wonderlich e colaboradores (2012) realçam que a duração superior a dez anos, pode ser entendida como um preditor de cronicidade da sintomatologia. As mudanças, após este período de tempo, tendem a ser vistas como altamente improváveis. Assim, o presente estudo tende a apontar neste sentido,

em que a permanência da sintomatologia ao longo do tempo parece apontar para um mau prognóstico. Em contrapartida, o curso e evolução de uma PCA parece ser mais favorável em pacientes com uma idade mais jovem, e que iniciaram o seu tratamento na fase da adolescência (Attia & Walsh, 2007; Keski-Rahkonen, *et al.*, 2007; Steinhausen, 2002).

Conclusão

A definição e diferenciação dos cursos de recuperação e não-recuperação assumem-se como tarefas árduas e complexas, que exigem uma visão flexível e individualizada. A utilização de critérios objetivos, apesar de oferecer um excelente ponto de partida, limita uma visão abrangente do processo de recuperação. O presente estudo demonstrou que fatores como o IMC, a diminuição dos episódios bulímicos objetivos, a preocupação com a forma corporal, a diminuição da autoavaliação negativa e a menor ruminação acerca da composição corporal parecem ser fatores decisivos na diferenciação das pacientes recuperadas e não-recuperadas. Por sua vez, os comportamentos restritivos, o recurso a métodos compensatórios e características iminentemente psicológicas (e.g., sentir-se gorda, medo de ganhar peso, sensibilidade ao aumento do peso) parecem subsistir em cursos de recuperação. A perspetiva centrada na paciente e o modelo transdiagnóstico conjeturam-se como pertinentes no entendimento do conceito de recuperação que, pela sua ampla variabilidade, deve ser analisado numa perspetiva processual e idiossincrática.

A nível de limitações que o presente estudo encerra, salientamos, em primeiro lugar, que a amostra é apenas constituída por 31 participantes, o que dificulta a generalização dos resultados. Por outro lado, tal poderá ter enviesado os resultados obtidos, concretamente a inexistência de diferenças estatisticamente significativas tal como seria de esperar, por exemplo a nível da preocupação com o peso (cf. Machado *et al.*, 2012). Aconselha-se assim a replicação do presente estudo.

Em segundo lugar, o presente estudo, tal como estudos anteriores conduzidos nos mesmos moldes metodológicos, recorreu a pacientes em tratamento. Este facto é suscetível de introduzir um enviesamento na seleção da amostra uma vez que a maioria das pacientes com PCA não recorre a ajuda para travar a evolução da perturbação.

Finalmente, em cenários metodológicos futuros, seria pertinente avaliar situações de comorbilidade psiquiátrica, tentativas de tratamentos anteriores malsucedidas e dificuldades ao nível de relacionamentos interpessoais, uma vez que estes fatores podem contribuir para a compreensão deste conceito e respetiva evolução.

Referências Bibliográficas

- Allen, K., Fursland, A., Watson, H., & Byrne, S. (2011). Eating Disorder diagnoses in general practice settings: comparison with structured clinical interview and self-report questionnaires. *Journal of Mental Health*, 270-280.
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação* (4ª Edição). Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association. (2010). *DSM-5 Proposed Diagnostic Criteria for*. Obtido em 18 de Março de 2012, de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/EatingDisorders.aspx>.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 24-31.
- Attia, E., & Roberto, C. (2009). Should Amenorrhea Be a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa? *international journal of Eating Disorders*, 581–589.
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2007). Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164, (12) 1805-1810.
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy* 48, 194–202.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2011). Convergence of Scores on the Interview and Questionnaire Versions of the Eating Disorder Examination: A Meta-Analytic Review. *Psychological Assessment*, 23, (3), 714–724.
- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Strober, M., Woodside, B., Crow, S., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G. B., Keel, P. K., Berrettini, W. H., Kaye, W. H. (2004). Alcohol Use Disorder Comorbidity in Eating Disorders: A multicenter Study. *Journal of Child Psychiatry*, 1000-1006.
- Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 05-12.

- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D., Galvão-Teles, A. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 301-316.
- Carr, A. (2006). *Handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. New York: Brunner-Routledge.
- Castellini, G., Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed criteria: a 6 year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 270-279.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders, (6). *International Journal of Eating Disorders*, (1), 1-8.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa 34. *International Journal of Eating Disorders*, (1), 89–S95.
- Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 713-722.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006 a). What is Recovery in Adolescent Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39:550–555.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006 b). What is Remission in Adolescent Anorexia Nervosa? A Review of Various Conceptualizations and Quantitative Analysis, 39. *International Journal Eating Disorders* 2006, 175–183.
- Crow, S., & Swigart, S. (2005). Medical Assessment. In J. E. Mitchell, & C. B. Peterson, *Assessment of Eating Disorders* (pp. 120-128). London: The Guilford Press.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Berglin, S. J. (1994). Assessment of Eating Disorders: Interview of Self-Report Questionnaire? *International Journal Of Eating Disorders*, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 407-416.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Waller, D. (2008). The Patients: Their Assessment, Preparation for Treatment and Medical Management. In C. G. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 35-45). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M., Doll, H. A., & Palmer, R. (2007). The severity and status of eating disorders NOS: implications for DSM-V, 45. *Behaviour Research and Therapy*, (8)1705-1715.

- Fairburn, C., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 8-11.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1999). Six-Year Course and Outcome of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 26,, (4) 359–385, .
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twlvw-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 87-100.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria 41. *International Journal of Eating Disorders*, (7)577–586.
- Fichter, M., & Quadflieg, N. (2007). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 1-6.
- Gilbert, N. & Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: a longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorder*, 07-12.
- Golden, N. H., & Carlson, J. L. (2008). The Pathophysiology of Amenorrhea in the Adolescent. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 163–178.
- Gordon, K. H., Denoma, J. M., & Joiner, T. E. (2005). The Classification of Eating Disorders. In J. E. Michell, & C. B. Peterson, *Assessment of Eating Disorders* (pp. 17-31). New York: Guilford.
- Gouveia, J. (2000). Factores Etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. In I. Soares, *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 263-314). Coimbra: Quarteto .
- Gonçalves. S. F., Machado, B. C., Martins, C., Brandão, I., Roma Torres, A., Machado, P. (2013). Dysregulated behaviours in Bulimia Nervosa - a case-control study. The Australian Psychological society. 1-8.
- Grilo, C. M. (2005). Structured Instruments. In J. E. Mitchel, & C. B. Peterson, *Assessment of Eating Disorders* (pp. 79-88). New York: Guilford Press.
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A., Zannarini, M. C., Yen, S. & Skodol, A. E. (2012). Stressful Live Events Predict Eating Disorder Relapse Following Remission: six-year prospective outcomes. *International Journal of Eating Disorder*, 185-192.
- Halmi, K. (2010). Psychological Comorbidity of Eating Disorders. In W. Agras, *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 292 - 301). Oxford: Oxford University Press.
- Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, Epidemiology, and Clinical Course of Eating Disorders. In J. Yager, & P. S. Powers, *Clinical Manual of Eating Disorders* (pp. 1-29). Washington: American Psychiatric Publishing.

- Herzog, D., & Delinsky, S. (2001). Classification of eating disorders. In R. Striegel-Moore, & L. Smolak, *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 31-50). Washington: American Psychological Association.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, (4):383-96.
- Hoek, H. W., Bartelds, A. I. M., Bosveld, J. J., Van der Graaf, Y., Maiwald, M., Maiwald, M. & Spaaij, C. J. K. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1272-1278.
- Hoeken, D. v., Seidell, J., & Hoek, H. W. (2003). Epidemiology. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. V. Futh, *Handbook of Eating Disorders* (pp. 11-31). New York: John Wiley & Sons.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. J., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 348-358.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 15-21.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63-69.
- Keel, P. K. (2010). Epidemiology and Course of Eating Disorders. In W. Agras, *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 148 - 169). Oxford: Oxford University Press.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 313-321.
- Keel, P. K., Dorner, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 60:179-183.
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., & Haedt, A. A. (2010). Twenty-Year Follow-up of Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 43:492-497.
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., & Haedt, A. A. (2010). Twenty-Year Follow-up of Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders* 43,, 492-497.
- Keel, P., Brown, T., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. (2011). Comparison of DSM-IV versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *International Journal of Eating Disorders*, 553-560.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J. & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community, 164. *American Journal of Psychiatry*, (8) 1259-1265.

- Lock, J. (2010). Controversies and Questions in Current Evaluation, Treatment, and Research Related to Child and Adolescent Eating Disorders. In W. Agras, *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 51-69). Oxford: Oxford University Press.
- Machado, B. C. (2010). *Factores de risco no Desenvolvimento da Anorexia Nervosa*. (Tese de doutoramento), Universidade do Minho, Braga.
- Machado, P. P., & Machado, B. C. (2006). O Tratamento Cognitivo Comportamental das Perturbações do Comportamento Alimentar. *Revista Lusófuna de Ciências da Mente e do Comportamento*, 121-133.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 60-65.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). Epidemiology of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 212-217.
- Machado, B. C., Gonçalves, S., Dias, P., Pereira, J., Dias, Roma-Torres, A., Brandão, I., & Machado, P. P. (2012). *Eating Disorders and Treatment Outcome: Preliminary results*. Postere apresentado no congressos Eating Disorders Society. Porto, Portugal.
- Milos, G. F., Spindler, A. M., Buddeberg, C., & Cramer, A. (2003). Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychother Psychosom*, 276-85.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of Eating Disorder Diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 573-578.
- Minchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, J. E., & Gillum, R. (1980). Weight-dependent arrhythmia in a patient with anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 137, (3), 377-378.
- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N., & Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Res*, (3):239-50.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 24, (2) :201-14.
- Noordenbos, G. (2011). Which Criteria for Recovery are Relevant According to Eating Disorder Patients and Therapists?, 19. *Eating Disorder: The Journal of Treatment & Prevention*, (5), 441-451.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for Recovery from Eating Disorders According to Patients and Therapists. *Eating disorders* 14, 41-54.

- Palmer, B. (2003). Concepts of Eating Disorders. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. V. Futh, *Handbook of Eating Disorders* (pp. 1-10). New York: John Wiley & Sons.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Arch Womens Ment Health* 4, (68) 67–78.
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and Recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10, (1) 61-71.
- Pomeroy, C., & Mitchell, J. E. (2002). Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell, *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook (2nd ed.)* (pp. 278–285). New York: Guilford Press.
- Richard, M., Bauer, S., Kordy, H., & COST Action B6. (2005). Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa - A 2.5 - Year Follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 180-190.
- Rie, S. d., Noordenbos, G., Donker, M., & Furth, E. (2006). Evaluating the Treatment of Eating Disorders from the Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 667-676.
- Roota, T. L., Pisetsky, E. M., Thornton, L., Lichtensteina, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2010). Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological Medicine*, 105-115.
- Rosenvinge, J., & Klusmeier, A. (2000). Treatment for Eating Disorders from a Patient Satisfaction Perspective: a Norwegian Replication of British Study. *European Eating Disorders Review*, 293-300.
- Ruiz, J., & Montes Rodríguez, J. (2003). Trastornos de la Conducta Alimentaria . *Medicine* , 5740-5744.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2007). Eating Disorders and Psychiatric Comorbidity. In J. Yager, & P. S. Powers, *Clinical Manual of Eating Disorders* (pp. 79-106). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Smink, F. R., Hoeken, D. V., & Hoek, H. V. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 406-414.
- Soundy, T., Lucas, A., Suman, V., & Melton, L. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychol Med*, 65-71.
- Steinhausen, H. C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal Psychiatry*, 1284-1293.
- Steinhausen, H. C., Boyadjieva, S., Griogoroiu-Serbanescu, M., & Neumarker, K. J. (2003). The Outcome of Adolescent Eating Disorders: Findings from an International Collaborative Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 91-98.

- Stice, E., & Presnell, K. (2010). Dieting and the Eating Disorders. In W. S. Agras, *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 148 - 169). Oxford: Oxford University Press.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A Prospective Study of Disordered Eating among College Students. *International Journal of Eating Disorders*, 499-509.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The Long-Term Course of Severe Anorexia Nervosa in Adolescents: Survival Analysis of Recovery, Relapse and Outcome Predictors over 10-15 Years in a Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 339-360.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 25-32.
- Syko, R., & Walsh, B. (2011). Does the Broad Categories for the Diagnosis of Eating Disorders (BCD-ED) Scheme Reduce the Frequency of Eating Disorder not Otherwise Specified? *International Journal of Eating Disorders*, 625-629.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). Impulse Dyscontrol. In J. Vanderlinden, & W. Vandereycken, *Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders* (pp. 30-56). Bristol: Brunner.
- Vaz, A. R., Conceição, E. M., & Machado, P. P. (2009). A Abordagem Cognitivo-Comportamental no Tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar. *Análise Psicológica*, 189-197.
- Vrabel, K. R., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., Martinsen, E. W., & RØ, Ø. (2008). The Course of Illness Following Inpatient Treatment of Adults with Longstanding Eating Disorders: A 5-year Follow-up. *international journal of eating disorder*, 41, (3) 224-232.
- Walsh, B. T., & Satir, D. A. (2005). Diagnostic Issues. In J. E. Mitchell, & C. B. Peterson, *Assessment of Eating Disorders* (pp. 1-16). London: The Guilford Press.
- Walsh, B. T., & Satir, D. A. (2005). Diagnostic Issues. In J. E. Mitchell, & C. B. Peterson, *Assessment of Eating Disorders* (pp. 1-16). London: The Guilford Press.
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsate, H., Gillberg, C., & Rastam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 194, (2), 168-174.
- Wilfley, D., Bishop, M., Wilson, T., & Agras, S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, S123–S129.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, 62, (3), 199-216.

**EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR:
CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA**

- Wonderlich, S. A., Joiner, T. E., Keel, P. K., Williamson, D. A., & Crosby, R. D. (2007). Eating Disorder Diagnoses: Empirical Approaches to Classification, 62. *American Psychological Association*, 3 167-180.
- Wonderlich, S., Mitchell, J., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., LaHaise, K., Swan-Kremeier, L., Dokken, J., Lange, M., Dinkel, J., Jorgensen, M. & Schander, L. (2012). Minimizing and Treating Chronicity in the Eating Disorders: a clinical overview. *International Journal Eating Disorders*, 45, (4) 467-475.
- Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., Mitrani, E., Weizman, A. & Stein, D. (2009). An Integrative Quantitative Model of Factors Influencing the Course of Anorexia Nervosa Over Time. *International Journal of Eating Disorders*, Int J Eat Disord.